Rok XLII. Kraków 31 Października 1903. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O postaci zanikowej pierzchnicy płaskiej.
(lichen planus atrophicus).

Napisał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

Z końcem ubiegłego roku przyjąłem do kliniki i miałem sposobność poddać dokładnemu badaniu tak pod względem klinicznym, jak i histopatologicznym, uwagi godny przypadek pierzchnicy płaskiej zanikowej (*lichen ruber planus atrophicus*). Przez pierzchnicę płaską zanikową rozumiano osobny, aż do lat ostatnich rzadko tylko opisywany rodzaj choroby skórnej, w której od samego zaraz początku zanik skóry jest objawem głównym i przeważającym. Tylko niewielu autorów zwróciło uwagę na tę rzadką odmianę pierzchnicy. Hallopeau był pierwszym, który tę postać dokładnie opisał i nadał jej miano pie zchnicy zanikowej, czyli twardzielowej (*lichen atrophicus seu sclerosus*). Kaposi wspomina wprawdzie w podręczniku swoim o jednym przypadku tego cierpienia, zaznacza jednak równocześnie, że chodzi tu najprawdopodobniej tylko o atypowy końcowy okres zwykłej pierzchnicy płaskiej (*lichen planus*). Inaczej Hallopeau. Ten w wyczerpującym opisie wspomnianej odmiany pierzchnicy twierdzi, że guzki pierzchnicze ulegają odrazu nagłej przemianie w bezbarwne, bliznowate, błyszczące wysepki. Wysepki te okazują liczne drobne zagłębienia (*dellae*), które odpowiadają bądźto ujściom przewodów gruczołowych, bądźteż torebek włosowych i prawdopodobnie za takie uważać je należało. Przyskórek wszędzie zgrubiały, warstwa brodawkowa skóry prawie zanikła. Wykwitom towarzyszy przykre uczucie dolegliwego swędzenia. Miejscami głównie zajętemi bywają: przedramiona, grzbiet i pachwiny. W roku 1889 ogłosił tenże sam autor drugi przypadek tej szczególniejszej odmiany pierzchnicy, a przy tej sposobności z wyraźnym już podnosi naciskiem, że partye zanikowe, bliznowate, zaraz z początkiem choroby występujące, żadną miarą nie mogą odpowiadać końcowemu okresowi zwykłej pierzchnicy, a przypisać im należy znaczenie inne, znaczenie odrębnej, już z samego początku do zaniku wiodącej odmiany pierzchnicy, pierzchnicy zanikowej. Hallopeau przyznaje więc stanowczo chorobie tej podobieństwo do typowej pierzchnicy płaskiej, zauważa jednak przy tem, że właściwe tej odmianie odbarwianie guzków pierzchniczych, oraz stałe pozostawianie blizn zanikowych, żadną miarą nie upoważnia do nadania jej nazwy pierzchnicy czerwonej (*lichen ruber*).

W roku 1892 Darier badał znów trzeci przypadek tego cierpienia. Bliznowate białawe plamy mają według niego różową obwódkę; przebiegają też prawie równolegle z prawidłowymi fałdami skóry i grupują się w mozajkę. Na plamach napotyka się mnóstwo drobnych żółtawych guzków rogowych, które w obrazie drobnowidowym wnikają jakby drobne czopki w odpowiednie torebki włosowe. Brodawki i przestrzenie międzybrodawkowe są bardzo małe; warstwa Malpighiego, gruczoły potne i cebulki włosowe zupełnie prawidłowe. Pawłow przedstawia w r. 1894 w rosyjskiem Towarzystwie dermatologicznem przypadek pierzchnicy zanikowej, w którym w białych plamach wykazuje czarne, do zwykłego zaskórnika (*comedo*) podobne punkta. O podobnych czarnych punktach, jako o początkowym objawie tej choroby, wspomina też w r. 1896 Hallopeau.

W r. 1895 przedstawił znów Schwimmer przypadek pierzchnicy płaskiej zanikow.j z silnie swędzącą wysypką, ułożoną w grupki, a zajmującą większą część ciała z głównem zajęciem kończyn.

Hallopeau ogłosił jeszcze dwa dalsze przypadki tego cierpienia, a mianowicie: jeden w r. 1896, gdzie zupełnie charakterystyczne zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej wskazywały na związek odmiany pierzchnicy zanikowej płaskiej (*lichen planus atrophicus*) ze zwykłą pierzchnicą płaską (*lichen planus*) i drugi (1898), dotyczący 60-letniej pacyentki, u której ta odmiana pierzchnicy w postaci tak zwanego „*lichenenen nappes*“ zajmowała głównie okolicę piersi.

W r. 1895 ogłaszają jeszcze Gaucher, Barbe i Balli przypadek tak zw. *lichen scleroticus universalis*, który odznaczał się głównie silnem zabarwieniem guzków pierzchniczych i z tego głównie powodu nadano mu nazwę *lichen atrophicus universalis, pigmentosus*.

Dalsze podobne przypadki znajdujemy w literaturze angielskiej. W r. 1900 omawia Crocker w londyńskiem Towarzystwie dermatologicznem zanikowe odmiany pierzchnicy. Mówi tam o *lichen planus scleroticus*, opisanym poprzednio przez Braulta i o przypadku, przedstawionym już dawniej (1896 r.) na Zjeździe w Londynie, a przypominającym żywo obraz chorobowy „*morphea*“. Już niejednokrotnie podnoszono, że odmiany zanikowej pierzchnicy obrazem swym chorobowym przypominają czasem twardziel skóry i na to właśnie szczególniejsze piętno zwrócił niedawno uwagę Morrant Becker z okazyi przypadku, przedstawionego w r. 1882 na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa dermatologicznego. Również typowe przypadki zanikowej pierzchnicy przedstawili na Zjeździe dermatologów w Londynie Stowers i Vinrace w r. 1896.

W r. 1899 znajdujemy *(Arch. f. Dermat. L.)* przez Orbaecka ogłoszony przypadek pierzchnicy zanikowej, dotyczący mężczyzny 23-letniego, u którego w typowy sposób wystąpiło mozaikowe ugrupowanie wykwitów, a prócz tego widzieć można było odbarwienie w rodzaju *vitiligo*, co zdaniem Orbaecka wskazywałoby na możliwość jakiegoś czynnika nerwowego.

Ostatnia publikacya, która w obszerniejszy sposób traktuje odmiany pierzchnicy zanikowej i obrączkowej, to zdaje się publikacya Zarubina (to samo *Archiwum*, tom LVIII). Autor ten miał sposobność badać zanikowe i obrączkowe odmiany pierzchnicy na dwóch przypadkach wrocławskiej kliniki dermatologicznej i opracował je wyczerpująco tak pod względem klinicznym, jak i histologicznym.

Tyle odnośne piśmiennictwo.

Przypadek, który ja spostrzegałem, okazywał przebieg następujący:

Chory *A. K.*, lat 21 liczący, przyjęty został do kliniki 9 kwietnia 1902 roku. Wywiady dokładne, dotyczące rodziny chorego, jakoteż wywiady, odnoszące się do jego poprzedniego stanu zdrowia, nie okazują żadnego związku z obecnem cierpieniem. Pacyent miał być zawsze zdrów. Alkoholikiem nie był, chorób wenerycznych nie przebywał. Chory w chwili przyjęcia uskarżał się na lekkie tylko swędzenie (które nigdy nie miało być silnem), a o przyjęcie do kliniki dermatologicznej prosił głównie ze względu na pstrą skórę.

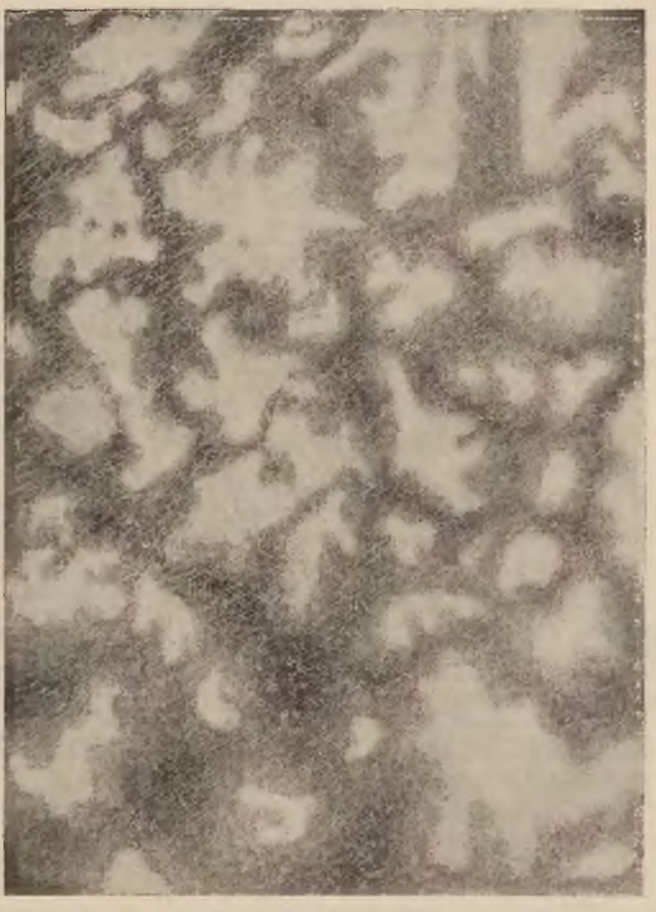


Fig. I.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, stan zdrowia ogólny zadowalniający. Cały prawie tułów, szyja, kończyny górne i dolne (głównie po stronie zginaczy), z wyjątkiem łydek, dłoni i stóp, usiane, bardzo licznemi, częścią odosobnionemi, częścią zlewającemi się plamami charakteru bliznowatego. Wielkość plam różna, przeważnie nieznaczna. znaleźć można jednak i większe zlane o 7—10 ctm. średnicy. Te bliznowate, w świetle wpadającem połyskujące plamy, okazują wszędzie lekkie wgłębienie; przyskórek na nich prześwieca różowo-szaro, z ciemnemi smugami, a tu i ówdzie dostrzedz się dają otworki, jakby od ukłucia szpilki powstałe, co głównie dobrze zaznacza się na kończynach.

Każdą wyżej opisaną plamę otacza bądźto szerszy, bądź węższy rąbek barwy brunatnej, który wszędzie okazuje delikatne wprawdzie, ale zupełnie wyraźne promieniste prążkowanie. *(Fig. I)*. To brunatne obrzeżenie białawych plam nadaje skórze, szczególnie tam, gdzie plamy te nie zlewają się, owo tak bardzo charakterystyczne wejrzenie pstre. Skutkiem zlewania się wielu plam (np. po bokach klatki piersiowej) powstają zarysy kół i festonów, odcinki kół, które szerzą się w wielu miejscach odśrodkowo. W ciągu ostatnich miesięcy, a więc w czasie pobytu chorego w klinice, pojawiły się w okolicy lewego sutka, jakoteż lewego krętarza, liczne drobne plamki, które oglądane szkłem powiększającem, okazywały ten sam charakter zanikowy i bardzo powolny rozwój. Na tych świeżych właśnie wykwitach można było widzieć dokładnie, że wyżej wspomnianego rąbka brunatnego nie można bezwarunkowo uważać, jako równocześnie powstałego z plamami środkowemi, ale, że przeciwnie wytworzenie się zaniku środkowego wyprzedza o kilka tygodni pojawienie się owych przebarwionych obrzeżeń.

Czasem też w tych świeżo zajętych miejscach dostrzega się, że na wspomnianych białawych polach, otoczonych brunatnymi, lub różowo-brunatnymi, tu i ówdzie nieco wyniosłymi wałami, występują guzkowate, wieloboczne lub okrągławe wykwity. Wykwity te występować mogą niekiedy grupami, zwyczajnie jednak pojedynczo: mają barwę różową, ale w środku białych plam bledszą, jakby odbarwione, a w obwodzie ciemne. Skóra jest wszędzie na dotyk zupełnie niebolesną. Czucie i wrażliwość na ciepłotę również prawidłowe; miejsca chorobowo zmienione nie okazują nigdzie znieczulenia. Choroba, jak już wspomniano, nie sprawia silniejszego swędzenia; tylko w dwóch ostatnich latach czuł pacyent od czasu do czasu lekkie swędzenie, zwłaszcza na kończynach, ale i to nigdy nie trwało dłużej nad pół godziny. Jakkolwiek według podania chorego choroba trwa od 8—9 lat (pierwsze objawy miały wystąpić na kończynach dolnych), mimo to pacyent nie może sobie przypomnieć, aby dawniej miewał jakiekolwiek choćby nieznaczne napady swędzenia.

Na częściach skóry przebarwionej, delikatnie promienisto prążkowanej, znachodzą się tu i ówdzie delikatne, połyskujące łuszczki, które tylko z trudnością zdjąć się dają. Włosy w wielu miejscach skóry zanikowo zmienionej, są utrzymane. Skóra, otaczająca miejsca schorzałe, nie okazuje żadnych zmian. Błony śluzowe dostępne badaniu, zwłaszcza błona śluzowa jamy ust, zupełnie prawidłowe. Również bez zmian narządy wewnętrzne i układ nerwowy, a mocz nie zawiera żadnych nieprawidłowych składników.

Przy powtórnem przyjęciu chorego po upływie pięciu miesięcy prócz wyżej opisanego obrazu chorobowego, zresztą niezmienionego, stwierdzić można było jeszcze tylko dodatkowo, co następuje:

Ciemne zabarwienie skóry na niektórych miejscach, zwłaszcza w okolicy mostka i między łopatkami, wybitnie się zwiększyło. Pod kolanami pojawiło się kilka nowych brunatnych, kolisto ułożonych wykwitów, które w środku okazywały już nieznaczny zanik. Świeżo powstałych odosobnionych guzków pierzchniczych nie można było nigdzie zauważyć. W objawach podmiotowych również żadna nie zaszła zmiana. (Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału Dra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Punkt zamarzania wysięków i przesięków.

Podał
Kazimierz Rzętkowski,
asystent oddziału.

Przesięki i wysięki narówni z innymi płynami ustrojowymi poddawano już wielokrotnie badaniom kryoskopowym, chcąc wyciągnąć tą drogą wnioski, nietylko dotyczące istoty sprawy, jaka spowodowała zebranie się płynu, ale i pozwalające na odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych. W pracy mojej nie mam zamiaru wyczerpać tego przedmiotu przez omawianie licznych danych z piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego, tembardziej że, jak się zdaje, sprawa punktu zamarzania wysięków i przesięków jest dosyć opracowana i, jak dotychczas, bez wyników większej wagi dla praktyki i dla teoryi. Chcę tylko zestawić moje własne dane, jakie przy badaniu przesięków i wysięków z bardziej ogólnego punktu widzenia i w innym celu pobocznie otrzymałem, tembardziej, że o ile wiem, kwestya ta dotychczas w piśmiennictwie naszem szerzej poruszaną nie była.

I. Zacznę od punktu zamarzania płynu wysiękowego w zapaleniu opłucnej gruźliczem:

1) $\Delta = -0,52^0$	5) $\Delta = -0,54^0$
2) $\Delta = -0,54^0$	6) $\Delta = -0,51^0$
3) $\Delta = -0,50^0$	7) $\Delta = -0,54^0$
4) $\Delta = -0,53^0$	8) $\Delta = -0,53^0$

Wszystkie powyższe liczby dotyczą chorych, znajdujących się w względnie niezłym stanie odżywiania, bez rozległych zmian gruźliczych w płucach, bez wybitniejszej niedokrwistości i ze zdrowemi nerkami, u których niewątpliwie punkt zamarzania krwi był albo prawidłowy (— $0,56^0$), albo też bardzo mało różniący się od prawidłowego. Średnia z tych 8 przypadków wynosi — **$0,52^0$** (ściślej — $0,526^0$), liczba, jak widzimy, dosyć nizka. Atoli, jak poucza tabelka, — Δ wysięku w gruźliczem zapaleniu opłucnej waha się w granicach względnie dużych, bo od — $0,50^0$ do — $0,54^0$, wobec czego mamy tu prawo do twierdzenia, że chociaż Δ płynów wysiękowych w gruźliczem zapaleniu opłucnej jest zazwyczaj niższa od Δ surowicy, to jednak żadnej stałej liczbie nie odpowiada. W statystyce mojej posiadam jeden przypadek zapalenia opłucnej pochodzenia niewątpliwie gośćcowego, bo u chorego na ostry gościec stawowy, o zupełnie typowym przebiegu; Δ wysięku w tym przypadku wynosiła — $0,54^0$, zatem wyższa, niż średnia dla wysięków gruźliczych opłucnej, zgodnie z danemi autorów francuskich. Wobec tego, że, jak widzimy z tabelki, Δ płynów gruźliczych bywa (3:8) często także — $0,54^0$, to zestawienie liczby dla wysięku gośćcowego z liczbami dla wysięków gruźliczych z punktu widzenia rozpoznawczego nie posiada większej wartości. Posiadam nadto w mojej statystyce dane, dotyczące punktu zamarzania wysięków ropnych 1) $\Delta = -0,90^0$, 2) $\Delta = -0,87^0$, 3) $\Delta = -0,76^0$; średnio $\Delta = -0,84^0$). Zestawienie średnich dla tych trzech rodzajów spraw:

wysięki gruźlicze	$\Delta = -0,52^0$
wysięk gośćcowy	$\Delta = -0,54^0$
wysięki ropne	$\Delta = -0,84^0$

przemawia za tem, jakoby **punkt zamarzania wysięków wogóle był tem większy, im więcej w nim przeważają ciałka ropne.** Przemiana materyi w wysiękach wogóle zależy niewątpliwie od ilości w nich ciałek ropnych — fagocytów, — będących ilościowo w zależności od natężenia zakażenia umiejscowionego, t. j. w zależności od mocy czynnika zakaźnego. Energiczny rozpad ciałek ropnych powoduje w ten lub inny sposób powiększanie się koncentracyi drobinowej otoczenia, które w wysiękach ropnych zazwyczaj od samego początku nie obfituje w wypocinę płynną. Nadto co do wysięków ropnych punkt kryoskopowy ich bywa zdaje się tem większy, im wysięk jest starszy. Za tem przemawiają przytoczone powyżej moje dane, w których pierwsza dotyczy sprawy najstarszej ($\Delta = -0,90^0$), ostatnia zaś — najświeższej ($\Delta = -0,76^0$).

II. Wysięki gruźlicze w jamie otrzewnowej posiadają także dosyć mały punkt zamarzania:

1) $\Delta = -0,52^0$, 2) $\Delta = -0,52^0$, 3) $\Delta = -0,53^0$ średnio $\Delta = -0,523^0$. W zestawieniu tem przypadek Nr. 2 odpowiada przypadkowi Nr. 6 z zestawienia wysięków opłucnej. Zatem

gruźlicze zapalenie opłucnej $\Delta = -0,51^0$ } u tego samego
gruźlicze zapalenie otrzewnej $\Delta = -0,52^0$ } chorego.

Liczby, jak widzimy, niewiele różniące się od siebie, co przemawia za tem, że umiejscowienie płynu wysiękowego (*caeteris paribus*) nie wywiera większego wpływu na jego stężenie drobinowe.

Tak więc z powyższego możemy wyprowadzić wniosek, że wogóle wysięki pochodzenia gruźliczego, niezależnie od ich umiejscowienia, posiadają najmniejsze liczby dla punktu zamarzania. Nieco większą koncentracyę drobinową posiadają wysięki gośćcowe, największą zaś — wysięki ropne; te ostatnie posiadają punkt kryoskopowy tem niższy, im są starsze.

III. Punkt zamarzania płynów w jamie brzusznej, powstałych z marskości wątroby, jest wyższy naogół, niż punkt zamarzania wysięków gruźliczych:

1) $\Delta = -0,545^0$	5) $\Delta = -0,53^0$
2) $\Delta = -0,53^0$	6) $\Delta = -0,53^0$
3) $\Delta = -0,535^0$	7) $\Delta = -0,53^0$
4) $\Delta = -0,52^0$	8) $\Delta = -0,565^0$

Średnia z powyższych danych wynosi — $0,536^0$, liczba, jak widzimy, blizka najczęściej spotykanych, a i niewiele też różniąca się od średniej dla wysięków gruźliczych otrzewnej, co odejmuje jej jakąś większą wartość rozpoznawczą.

IV. Liczby wysięków, spowodowanych przez raka otrzewnej, są nieco wyższe:

1) $\Delta = -0,56^0$, 2) $\Delta = -0,55^0$, 3) $\Delta = -0,53^0$
(średnio $\Delta = -0,547^0$).

Prawdopodobnie nie zależy to od wyższego punktu kryoskopowego krwi takich chorych. Jako osobniki najczęściej mniej lub więcej charłacze, ulegają oni raczej wodnistości krwi (*hydraemia*). I tu najprawdopodobniej procesy czysto miejscowe wpływają na większe stężenie drobinowe takich płynów. Złuszczanie się, obumieranie i nieustanny rozpad komórek nowotworu, rozsianego na powierzchni otrzewnej, powoduje rozpuszczanie się w otaczającej cieczy soli mineralnych, przedtem uwięzionych w zarodzi komórek nowotworu. Ztąd też podwyższanie się koncentracyi cieczy i podwyższanie się liczby dla Δ takich płynów.

V. Przechodzimy do omówienia punktu zamarzania płynów przesiękowych:

Nr.	Przesięk dokąd?	Δ	Rozpoznanie	Uwagi
1	*a)* Otrzewna	0,55	Nephritis.	
	b) »	0,64	»	W 3 miesiącu po a
2	»	0,60	»	Δ surowicy = — 0,60
3	»	0,53	Discompensatio cordis	W moczu ślad białka
4	Puchlina podskórna	0,56	Discompensatio cordis.	
5	»	0,54	»	Mocz bez białka. Sinica.
6	»	0,54	Endo-pericarditis.	W moczu ślad białka.
7	»	0,52	Discompensatio.	
8	»	0,56	Nephritis.	
9	»	0,57	»	
10	»	0,58	«	

Pobieżny rzut oka na tę tablicę wystarcza, aby przez porównanie z poprzedniemi danemi (gruźlicze zapalenie opłu-

cnej gruźlicze zapalenie otrzewnej, rak otrzewnej) dojść do wniosku, że Δ przesięków bywa zazwyczaj większa (t. j. dalsza od 0), niż Δ wysięków. Wniosek ten nie jest zgoła nowością w nauce. Chcę tylko zaznaczyć tu, że przesięki, spowodowane chorobą nerek, mają Δ zazwyczaj większą, niż przesięki, spowodowane chorobą serca, t. j. przez niedostateczne krążenie (porównaj w ostatniej tabelce Nra 1, 2, 8, 9, 10 z Nrami 3, 4, 5, 6, 7). Tak średnia dla przesięków pochodzenia nerkowego będzie = — 0,583°; średnia zaś dla przesięków pochodzenia niedomogowego będzie = — 0,548°. Fakt ten ma daleko ważniejsze znaczenie patologiczne, niż rozpoznawcze, wobec tego, że jednak i tu i tam są liczby nader blizkie siebie (por. Nr. 4 z Nr. 8 i in. tabelki ostatniej). Rzuca on, mojem zdaniem, pewne światło na znaczenie spraw przesiękowych z punktu widzenia ogólnopatologicznego. Przesięk jest aktem samoobrony ustroju wobec grożącego mu przepełnienia układu krwionośnego czy wodą (przesięki niedomogowe), czy też ciałami stałemi wraz z wodą (przesięki nerkowe). Ustrój więc stara się powiększyć koncentracyę drobinową swojej krwi wobec grożącego mu rozwodnienia krwi przez wydzielenie części wody do jam. Lub też ustrój wydziela ze swego układu krwionośnego — prócz wody — i ciała stałe, jakie skutkiem zaburzenia w czynności nabłonka kanalików nerkowych nie uległy wydaleniu na zewnątrz. W pierwszym razie — niedomoga serca — najdrobniejsze naczynia krwionośne (włosowate) przyjmują na siebie rolę kłębków nerkowych i wydalają do jam to, co nie zostało wydalone przez kłębki. W drugim razie — zapalenie nerek — naczynia włosowate wydalają do jam nie tylko wodę, ale i ciała stałe, te, które zazwyczaj wydala nabłonek nerkowy. Moje badania odnośnie do składu krwi u chorych na nerki, jeszcze nie zakończone, z których zdam sprawę na innem miejscu, — pouczają, zgodnie z badaniami Straussa, że we krwi chorych na nerki i w przesiękach u nich, mamy niewątpliwy ślad zaburzenia czynności nabłonka nerkowego w postaci wyraźnie zwiększonej ilości azotu niebiałkowego *(Retentions-N.)*. Atoli i w innych sprawach (zapalenie płuc *pneumon croufosa*) ilość owego *Retentions-N.* jest powiększona we krwi, chociaż tu do przesięków nie dochodzi, bo nabłonek nerkowy działa z dostateczną sprawnością do zupełnego oczyszczenia krwi. Z tego widzimy, że pomiędzy śródbłonkiem naczyń krwionośnych, uczestniczących w wytwarzaniu przesięku, a nabłonkiem nerek może dojść do pewnej zastępczej wymiany czynności: śródbłonek naczyń włosowatych bierze na siebie rolę nabłonka nerkowego w oczyszczaniu krwi w tych razach, kiedy ten nabłonek odmawia ustrojowi dalszej służby. Owa zastępcza czynność śródbłonka naczyń włosowatych sprawia to, że punkt kryoskopowy przesięków nerkowych jest tak wysoki (t. j. daleki od zera).

Z powyższego widzimy, że punkt kryoskopowy, zatem stężenie drobinowe wysięków (gruźlicze zapalenie opłucnej, gruźlicze zapalenie otrzewnej, rak otrzewnej), zachowuje się dosyć autonomicznie względem stężenia drobinowego krwi; stężenie zaś drobinowe przesięków — w niedomodze serca lub w zapaleniu nerek — na ogół wyższe, niż stężenie wysięków, podporządkowane jest w całości charakterowi pierwotnego zaburzenia w składzie chemicznym krwi. Co się tyczy stężenia drobinowego płynów, powstałych z marskości wątroby to w tej kwestyi nie ośmielam się wypowiedzieć stanowczego zdania, ponieważ przypuszczam, że skład płynów tych zbyt zależnym jest od wprowadzanych do kiszek pokarmów (sole, cukier i t. p.), iżby na zasadzie kilku danych wypowiadać o nim jakieś ogólniejsze wnioski.

III. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

O przymocowaniu popłodu do wewnętrznej powierzchni macicy. Badanie przekrojów zamrożonych zwłok wielródek, zmarłych w końcu ciąży, udowodniło niezbicie, że dolna część macicy, t. j. szyja, nie bierze w budowie jaja płodowego żadnego udziału, a ujścia zewnętrzne i wewnętrzne są aż do samego porodu zamknięte. Natomiast dwie górne części macicy, t. j. dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, oraz trzon z dnem są ściśle wytapetowane zapomocą popłodu. U pierwiastek szyja rozciąga się w ostatnim miesiącu ciąży, a dolna część jaja płodowego odkleja się częściowo od ścian dolnego odcinka, aby wytapetować owo powiększenie jamy macicy. Zrostu atoli błon z błoną śluzową szyi i u pierwiastek niema.

Pierwszy i drugi okres porodu zaczyna odklejać popłód, a trzeci kończy odklejenie i uskutecznia wydalenie popłodu na zewnątrz. Badanie wnętrza macicy pierwszych chwil połogu, oraz badanie popłodu wykazuje, że oddzielenie się popłodu następuje w ten sposób, że warstwa błony doczesnej dzieli się na dwie blaszki, z których jedna pozostaje w związku z umięśnieniem dwóch górnych części macicy, zaś druga, zrosła ściśle z kosmówką, opuszcza kanał rodny kobiety. Błona doczesna zatem odgrywa rolę kitu, umocowującego warstwę kosmówkową popłodu do umięśnienia macicy.

Dokładne spostrzeganie tego rozdartego kitu, tj. błony doczesnej, wyszłej z popłodem, a pozostałej w macicy, pozwala nam bliżej określić warunki przymocowania popłodu do wewnętrznej powierzchni umięśnienia macicy. Jak się morfologicznie zachowuje warstwa błony doczesnej w macicy pierwszych chwil połogu, opisałem dokładnie w mej poprzedniej pracy p. t. „Kwestya dolnego odcinka“, z której obszerny autoreferat znajduje się w Nrze 49 „Przeglądu lekarskiego“ z grudnia 1902. Tu pozostaje mi tylko podać te cechy charakterystyczne doczesnej, wyszłej z popłodem, które konieczne są dla wyjaśnienia zjawisk, spotykanych w trzecim okresie.

Warstwa doczesna błon. Jak wiadomo, błony makroskopowo składają się z następujących warstw: 1) owodniej; 2) wiotkiej tkanki, łączącej błonę owodnią z warstwą zewnętrzną, tj. 3) warstwą kosmówkowo-doczesną. Ta zewnętrzna warstwa bezwarunkowo nawet na drobnych przestrzeniach nie da się makroskopowo rozdzielić na dwie warstwy, tj. doczesną i kosmówkę, a jedynie badanie mikroskopowe może wykazać, która część należy do kosmówki, a która do doczesnej i pociągnąć między temi dwoma utkaniami ścisłą granicę. W razie odejścia popłodu siłami natury, gdy otwór pęknięcia pęcherza płodowego przedstawia otwór okrągły, mały, możemy przekonać się, iż warstwa kosmówkowo-doczesna aż do samego brzegu otworu jest utrzymaną.

W a r s t w a d o c z e s n e j ł o ż y s k a. Jeżeli łożysko odwrócimy powierzchnią matczyną do góry, zmyjemy skrzepy, spłóczemy krew i wysuszymy bibułą, przekonywamy się, że cała powierzchnia jego okryta jest dość zbitą, cienką warstwą doczesnej, która okrywa i otula każdy zraz (kotyłedon), oraz wyściela rowki między nimi. Głębokość rowków jest rozmaita; atoli z reguły (nawet przy najgłębszych) nie dosięga zbitej warstwy galarety Wartonowskiej, mieszczącej w sobie grube rozgałęzienia naczyń pępowinowych. Powierzchnia warstwy doczesnej jest z reguły gładką, to znaczy nie napotyka się na niej znaczniejszych strzępów, chyba gdzieniegdzie i to głównie w rowkach, lub ich najbliższem otoczeniu. Rozdzierając palcami zraz łożyska od strony matczynej, możemy ocenić grubość doczesnej następowej (nie przenosi zwykle grubości papieru), która barwą więcej białawą odbija od sinej warstwy kosmkowej, przyczem spostrzegamy, że co pewien odstęp, doczesna następowa daje wypustkę w głąb warstwy kosmków. Wypustka ta atoli z reguły nie dochodzi do warstwy naczyń grubszych. Szczypczykami nie udaje się oderwać nawet małych płateczków doczesnej bez naruszenia kosmków, co daje nam wyobrażenie o ścisłości zrostu tych dwóch warstw. Jeżeli ostrym nożem wytniemy na płask kawałeczek doczesnej następowej, pozostawiając przy niej tylko cieniutką warstewkę kosmków, następnie lekkim prądem wody wypłóczemy krew z przestworów międzykosmkowych i ułożymy preparat na szkle, to już gołem okiem możemy śledzić przy pomocy igły związek kosmków z doczesną następową. Jeżeli przypadkiem nie wypłókaliśmy z niektórych naczyń kosmków krwi, to możemy cieniuchne niteczki czerwone śledzić w kosmkach, zostających już w najściślejszym związku z doczesną następową. Gołem okiem już możemy ocenić, że połączenie doczesnej następowej z kosmkami jest związkiem nie do rozplątania.

Zachowanie się doczesnej następowej n a b r z e g a c h ł o ż y s k a, wydalonego siłami natury, najlepiej badać gołem okiem na przekrojach prostopadłych. Na rozkroju takim widzimy: 1) od wewnątrz owodnię, 2) wiotką tkankę łączną, 3) warstwę kosmówki; *a*) z b i t s z ą, mieszczącą w sobie grubsze naczynia, które są bezpośredniemi rozgałęzieniami naczyń pępowiny, *b*) wiotszą klinowatą warstwę kosmkową, okrytą od zewnątrz zapomocą 4) doczesnej następowej, która z jednej strony przechodzi w doczesną zagiętą, zaś z drugiej strony na wewnętrzną powierzchnię podowodniową łożyska, otulając warstwę brzeżną kosmkową łożyska. Tu zajmuje ona mniejszy lub większy obręb górnej powierzchni brzegu łożyska, przyczem bardzo szybko cieńczeje i gubi się. Zbita warstwa kosmówkowa brzegu łożyska, mieszcząca w sobie bezpośrednie rozgałęzienie naczyń pępowiny, przechodzi bezpośrednio w warstwę kosmkową błon.

W doczesnej brzegu łożyska pogrążony jest przestwór żylny okrężny, co do budowy analogiczny do kanalików Fontany oka. Przy badaniu większej ilości łożysk przekonać się można, że równie należy do wyjątków przypadek, gdzieby ów kanał brzeżny obejmował brzeg łożyska dookoła, jak i całkowity brak tegoż. Regułą jest, że kanał ten obejmuje pewną część brzegu łożyska, mniej lub więcej dużą. Ściany tego kanału są b a r d z o c i e n k i e, światło szczelinowate; jeżeli z łożyska i przybrzeżnych błon zdejmiemy owodnię, a górną ścianę przewodu rozetniemy wzdłuż przebiegu, poczem bardzo ostrożnie wyjmiemy pasmowe skrzepy krwi z wnętrza, to zauważymy, że powierzchnia wewnętrzna tego przewodu jest gładką, lśniącą, białawą; widzimy dalej szereg otworków mniejszych i większych, około których błona wewnętrzna przewodu tworzy listewki półksiężycowate. Otworki te należą do żył, które to żyłki niekiedy śledzić możemy na pewnej przestrzeni doczesnej łożyska i błon. Zwykle atoli żyły, odprowadzające krew z przewodu żylnego okrężnego, urywają się tuż przy przewodzie tak, że wtedy owe otworki wprost prowadzą na powierzchnię zewnętrzną doczesnej. Ściana przewodu żylnego okrężnego, przylegająca do łożyska, również przedstawia szereg otworków z listewkami półksiężycowatemi, przez które to otworki widać kosmki. Zgniatając brzeg łożyska, możemy spostrzegać, jak krew z przestrzeni międzykosmkowych brzegu łożyska nabiega tymi otworkami do owej żyły okrężnej. Często trafia się, że ten żylny przewód graniczny nie jest pojedynczym, ale światło jego jest listwami podzielone na dwa lub więcej równoległych przewodów, niekiedy nawet zupełnie odrębnych od siebie. Krew więc matczyna z przestrzeni międzykosmkowych wychodzi z jednej stony wprost żyłami doczesnej do żył umięśnienia miejsca łożyskowego, z drugiej strony zbiera się najpierw w okrężnym kanale żylnym, podobnym do z a t o k i o p o n y t w a r d e j o p o n m ó z g o w y c h, a stąd dopiero uchodzi do żył macicznych.

W opisie błony doczesnej następowej łożyska zwróciliśmy uwagę na fakt, że związek kosmków z doczesną następową jest ścisłym; obecnie zadać sobie musimy pytanie, czy w warunkach fizyologicznych warstwa kosmkowa w całości zostaje wydaloną na zewnątrz, czy też może niektóre kosmki, głębiej zrosłe z doczesną, zostają w macicy, zwłaszcza, iż autorowie, badający bliżej tę sprawę, utrzymują, że związek kosmków z doczesną jest analogiczny do tego, jaki zachodzi między nowotworem złośliwym, a otaczającą go tkanką, z której wyrósł. Na pytanie powyższe odpowiedzieć musimy, że p r z y f i z y o l o g i c z n e m w y d a l e n i u p o p ł o d u ż a d e n k o s m e k n i e z o s t a j e n a r u s z o n y, c z y l i c a ł a w a r s t w a k o s m k o w a z o s t a j e w y d a l o n ą n a z e w n ą t r z. Jeżeli bowiem do łożyska nienaruszonego, urodzonego siłami matki, odwróconego do góry powierzchnią matczyną, wstrzykniemy przez żyłę pępowinową 100—200 gramów wody, to przekonujemy się, że mimo energicznej erekcyi łożyska powierzchnia matczyna n i g d z i e n i e p r z e p u s z c z a a n i k r o p l i p ł y n u. Widzimy, że wszystkie grubsze zrazy w samym swym środku odbarwiały się, z sinych stały się białawo-żółtymi, a więc, że w nich kosmki zawierają wodę. Najdrobniejsze sztuczne zranienie doczesnej następowej przepuszcza kroplami płyn wstrzykiwany.

Ponieważ fizyologiczne oddzielanie się popłodu od wewnętrznej powierzchni macicznej następuje w ten sposób, że warstwa doczesnej rozdziera się na dwie blaszki, więc siła umocowania popłodu jest zależną od spójności doczesnej i mniejszej, lub większej oporności na rozdarcie. Chcąc głębiej wniknąć w mechanizm 3-go okresu, musimy odpowiedzieć sobie na następujące pytania: 1) Czy błona doczesna, odgrywająca rolę kitu, jest na całej powierzchni wewnętrznej macicy jednakowo oporną na rozdarcie, czy też nie? 2) Czy siła przyklejenia łożyska zależy od lokalizacyi miejsca łożyskowego, czy nie? 3) Czy łożysko silniej jest przymocowane do miejsca łożyskowego, niż błony, czy też nie? 4) Wreszcie czy łożysko całą swą powierzchnią jest jedna-

kowo silnie przymocowane, czy też może brzegami silniej, niż resztą powierzchni?

Ad 1) W pracy mojej p. t. „Kwestya dolnego odcinka“ wykazałem, że doczesna okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka zupełnie inaczej się morfologicznie zachowuje, niż doczesna trzonu i dna. Na podstawie rozbioru znaczenia fałdów błon w macicy maksymalnie ściągniętej wyraziłem przekonanie, że błony do okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka muszą być co najmniej dwa razy silniej przymocowane, niż do mięśni reszty jamy macicy. Twierdzenie to, dla zrozumienia mechanizmu 3-go okresu zasadniczej wartości, jest w zgodzie: *a)* z badaniami mikroskopowemi nad doczesną dolnego odcinka, uskutecznionemi przez Küstnera, *b)* z doświadczeniami fizycznemi nad fałdowaniem się przedmiotów, przyklejonych do plat elastycznych retrahujących się, wreszcie *c)* z bezpośrednią obserwacyą kliniczną przebiegu 3-go okresu. („Przegląd lekarski“ z sierpnia 1903, Nr. 34, 35, 36).

Ad 2) Jeżeli błony silniej są przymocowane zapomocą błony doczesnej zagiętej do mięśni dolnego odcinka i okolicy pierścienia skurczowego, niż do mięśni trzonu i dna, to nieodparcie nasuwa się przypuszczenie, że w razie częściowej lub całkowitej lokalizacyi miejsca łożyskowego w okolicy pierścienia skurczowego lub dolnego odcinka, łożysko tu będzie silniej przymocowane, niż na tej części miejsca łożyskowego, które leży w trzonie lub dnie. Jeżeli doczesna zagięta tej środkowej części macicy jest oporniej zbudowaną na rozdarcie, niż doczesna trzonu i dna, to niewątpliwie i doczesna następowa w tej okolicy również te właściwości zachowa. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach Ahlfelda, który zauważa, że w przypadkach łożyska przodującego bardzo często trzeba łożyska zręcznie odklejać, bo są one przyrośnięte. (Ahlfeld: Z. für G. und G. B. 16, S. 314). Pozytywne stwierdzenie atoli tej hipotezy może dać tylko bezpośrednie anatomiczne spostrzeganie, które wykaże zasadnicze różnice morfologiczne w doczesnej następowej odpowiednich działów macicy.

Ad 3) Na pytanie, co jest silniej przymocowane, czy łożysko do miejsca łożyskowego, czy błony do powierzchni wewnętrznej macicy (oczywiście w tym samym odcinku macicy), odpowiedź musi wypaść w ten sposób: że łożysko jest silniej umocowane, niż błony, albowiem co do oporności na rozdarcie błony doczesnej tu i tam, wchodzi w grę nietylko spójność doczesnej następowej, podobnie jak przy błonach spójność doczesnej zagiętej, ale także większa grubość naczyń, przetykających doczesną następową. Jeżelibyśmy o błonach powiedzieli, że są one do wewnętrznej powierzchni macicy przyklejone, to o łożysku musimy powiedzieć, że jest ono i przyklejone i przyszyte do miejsca łożyskowego. Naczyń, jako czynnika potęgującego oporność na rozdarcie błony doczesnej, nie można atoli zbytnio przeceniać, bo ściany ich są wogóle bardzo cienkie, tętniczki zaś o bardzo wązkiem świetle, a więc także o małej sile spójności. Obserwacya łożysk, urodzonych siłami natury, poucza nas o sposobie odklejania się łożyska. Widzimy, że doczesna następowa łożyska przedstawia błonę o powierzchni gładkiej, gdy naodwrót miejsce łożyskowe jest nierówne, a warstwa doczesnej jego strzępiastą. Wynika z tego, że naczynia doczesnej następowej przy odklejaniu się łożyska niejako się z niej wypruwają z jej części przyłożyskowej i urywają się już w cieńszych rozgałęzieniach w bezpośredniem sąsiedztwie warstwy kosmkowej łożyska, co zresztą bezpośrednio obserwować można na żyłach, odprowadzających krew z przewodu żylnego okrężnego. Oprócz wyżej przytoczonego rozumowego dowodu na poparcie hipotezy o silniejszem przymocowaniu łożyska, niż błon, możemy przytoczyć jeszcze obserwacyę fałdów błon i brzegu łożyska w macicy maksymalnie ściągniętej. Widzimy tu, że z chwilą, gdy fałdy przechodzą na brzeg łożyska, stają się one węższe, mimo, iż grubość, a więc i niepodatność fałdującego się przedmiotu wzrosła, czyli, że kit musi być silniejszy. Fakt tej większej siły przymocowania łożyska można wreszcie stwierdzić bezpośrednio, odrywając na odpowiednim preparacie błony i brzeg łożyska.

Ad 4) Pozostaje w końcu rozpatrzeć kwestyę, czy łożysko w całości jest jednakowo silnie przymocowane, czy też może brzegi silniej, aniżeli reszta łożyska, a względnie jego środek. Tę ostatnią ewentualność przyjmują dziś w literaturze, twierdząc, że brzeg łożyska jest silniej przymocowany zapomocą t. zw. „Schlussplatte Winklera“, (tj. błony doczesnej brzegu łożyska, która częściowo przechodzi na górną powierzchnię łożyska), aniżeli reszta łożyska zapomocą doczesnej następowej, a twierdzenie to spożytkowują dla wyjaśnienia, dlaczego środek łożyska się wypukla w mechanizmie Schulzego.

Otóż za przyjęciem hipotezy silniejszego umocowania brzegu łożyska nie jestem, albowiem nie widzę żadnych racyonalnych przyczyn, przemawiających za nią. I tak: 1) fakt, iż łożysko w trzecim okresie wypukla się przedewszystkiem w środku, jest dowolnie przyjęty i z bezpośrednią obserwacyą kliniczną ogromnej większości przypadków się nie zgadza. W wyjątkowych zaś razach, gdzie się to zdarzyć może, jak np. w razie umiejscowienia łożyska w dnie macicy, nie potrzebujemy wcale przyjmować hipotezy słabszego umocowania środka, a silniejszego brzegu, dla wytłómaczenia zjawiska wypuklenia się środka łożyska, bo zjawisko to da się daleko prościej wytłómaczyć skurczeniem się miejsca łożyskowego i korzystniejszymi warunkami dla odklejenia się właśnie środka łożyska, z tego powodu, iż ten środek jest w danym razie grubszy i trudniej składa się w fałdy, niż brzegi, oraz sąsiadujące z nim błony. Mówię „w danym razie“, bo nie zawsze środek łożyska jest najgrubszy; owszem, najgrubszą częścią łożyska może być jedna z części brzegu. Wszystko zależy od punktu przyczepu pępowiny. Jeżeli przyczepienie się pępowiny jest poza punktem środka lub brzeżne, to zraziki w pobliżu przyczepu pępowiny, a więc na tymże brzegu łożyska są najgrubsze, zaś na przeciwległym brzegu najcieńsze. Grubość zrazików zależy od większego lub mniejszego rozwoju warstwy kosmków. Oddalenie punktu przyczepu pępowiny wpływa zaś na rozwój kosmków z następujących powodów: dwie tętnice i jedna żyła pępowinowa rozgałęziają się tuż pod owodnią na wewnętrznej powierzchni łożyska; rozgałęzienia te mają tem grubsze światło, im bliżej są punkta przyczepu pępowiny. Jeżeli jeden z tych pni, staramy się odpreparować w przebiegu, przekonywamy się iż oddaje on co chwila prostopadłe krótkie gałęzie do zrazów, które zeszedłszy nieco w głąb, rozpadają się na masę cieniuchnych niteczek na sposób kropidła; im z cieńszego zaś rozgałęzienia naczyń pępowiny bierze początek to kro-

pidło, tem jest ono uboższe w naczyńka i naodwrót. Kosmek zaś jest w miniaturze zbudowany analogicznie jak pępowina, to znaczy, że ostateczne rozgałęzienia tętnicze i żylne są otoczone galaretą Wartona, a ta zaś otoczoną jest za pomocą „syncytyum“, t. j. warstwą komórek o znaczeniu fizyologicznem śródbłonka. Jeżeli przedrzemy palcami zraz łożyska i następnie puścimy na miejsce rozdarte lekki prąd wody, możemy obserwować gołem okiem, jak kosmki na sposób tkaniny ułożonej z drobnych niteczek bujają swobodnie w prądzie wody. Bez użycia więc mikroskopu możemy stwierdzić, że kosmki na pewnej swej długości przedstawiają odrębności od kosmków sąsiednich i nie tworzą razem zbitej tkaniny, ale kłębek nitek splątanych. Przestwory między nitkami są wypełnione krwią matczyną. 2) Nie widzę racyonalnego powodu, dlaczegoby spójność doczesnej brzegu łożyska — w warunkach fizyologicznych oczywiście — miała być większą, niż spójność reszty doczesnej następowej, a względnie błon, jeżeli brzeg łożyska będzie w tym samym odcinku macicy umiejscowiony, co i reszta łożyska. Jedna tylko okoliczność mogłaby nam tłómaczyć hipotetyczną większą spójność umocowania brzegu łożyska, a mianowicie: iż doczesna brzegu łożyska mieściw sobie żyłę okrężną, której odpływy żylne przetykają, a tem samem i uodporniają na rozdarcie tę część doczesnej. Atoli zachodzi poważna wątpliwość, czy żyły odpływowe z zatoki żylnej mają grubszą średnicę, niż żyły w reszcie łożyska i czy są oporniejsze na rozdarcie, niż tam. W dodatku obecność żyły bocznej nie jest stałą, a zachowanie się jej w poszczególnych przypadkach różne, odnośnie co do długości, średnicy, grubości żył odpływowych itd. Jednem słowem: dla wytłómaczenia mechanizmu 3-go okresu możemy się obejść bez hipotezy silniejszego umocowania brzegu łożyska, aniżeli reszty łożyska, a dowodów pozytywnych na jej poparcie nie mamy żadnych. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Pozostaje nam do omówienia kwestya, kiedy operować i jaką wybrać metodę? Stronę techniki operacyjnej, jako rzecz specyalną i mogącą obchodzić jedynie szczupłe grono chirurgów, narazie pomijamy.

Wszyscy doświadczeni operatorowie godzą się na to, a na ich zdanie pisać się można nawet bez specyalnego doświadczenia, że powinno się o ile możności operować po napadzie ostrym. Wtedy bowiem tylko operować możemy jako tako aseptycznie i na tkankach jędrnych, które szew nasz dobrze wytrzymują. Zdarzają się jednak przypadki, kiedy nie mamy czasu na odczekanie ostrego nawału i spełniając obowiązek, operujemy mimo gwałtownego procesu zapalnego, czyto w pęcherzyku, czy też w drogach żółciowych. Operujemy wówczas w tkankach zapalnie nacieczonych, kruchych, nadzianych zjadliwemi bakteryami i kończymy operacyę niepewni wyniku, oczekując zejścia takiego, jakie Bóg da.

Nie tak łatwo o zgodę lub choćby jakie takie porozumienie, gdy chodzi o wybór metody operacyjnej. Jest bowiem w czem wybierać. Do niedawna było jeszcze tak, że we Francyi najczęściej wycinano pęcherzyk wraz z kamykami, w Anglii nacinano go tylko, a po wyjęciu kamyków zaszywano napowrót; w Niemczech zaś najczęściej stósowaną była cholecystostomia. Dziś zaznacza się pewien ogólny zwrot ku postępowaniu radykalniejszemu.

Drogę najprostszą i najłatwiejszą wskazała nam sama przyroda, wytwarzając przetoki z pęcherzyka przez powłoki brzuszne na zewnątrz. Taką cystostomię możemy wytworzyć sztucznie, postępując jużto dwuczasowo, już też jednoczasowo. Z tych dwu odmian, ostatnia tylko dziś jeszcze bywa stósowaną. Doświadczeni radzą, aby w każdym przypadku, w którym zamierzamy wykonać ten zabieg, powłoki brzuszne rozciąć na większej przestrzeni i ułatwić sobie w ten sposób dokładne zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych, a zwłaszcza, aby nie przeoczyć kamyka w przewodzie żółciowym, zrostów uciskających żołądek lub dwunastnicę itd. Wyłączenie pęcherzyka z jego czynności na czas kilku tygodni wystarcza samo przez się, aby wyleczyć kamieniotwórczy nieżyt pęcherzyka (Naunyn).

Pomimo dobrych wyników bezpośrednich (i późniejszych) i pomimo małej śmiertelności po tej operacyi (u Kehra 2·1%), cystostomię jednoczasową wypiera z użycia operacya bardziej radykalna, t. j. wycięcie pęcherzyka. Podana w r. 1883 przez Langenbucha, dziwne przechodziła koleje. Nazwana przez Lawsona Taita krótko i węzłowato „absurdem chirurgicznym“, uległa najpierw zapomnieniu, potem zawojowała dla siebie Francyę (Michaux, Schwartz, Gerard-Marchant i in.); następnie Amerykę, a w ostatnich dopiero czasach coraz częściej i na większe rozmiary używaną bywa w Niemczech. Riedel, najpierw zagorzały zwolennik cystostomii dwuczasowej, potem gorący rzecznik cystostomii jednoczasowej, posługuje się obecnie jak najczęściej cystektomią. Podobnie było u Kehra, Czernego i in. Dziś zatem wycięcie woreczka żółciowego przedstawia się jako owoc długiego i wielkiego doświadczenia praktycznego, zatem idea Langenbucha nie była „absurdem“, jeno ziarno to zdrowe i plenne padło na nieodpowiednią rolę i w nieodpowiedniej porze. Do wyboru tej metody skłania chirurgów wiele przyczyn: 1) Od czasu do czasu spostrzegamy po cystostomii przetoki żółciowe i śluzowe, nie dające się inaczej usunąć, jak przez powtórny zabieg, niekiedy nawet tylko przez wycięcie woreczka żółciowego. 2) Pęcherzyk żółciowy jest jeżeli nie jedynem, to głównem miejscem wytwarzania się kamyków. Zatem usuwając woreczek, zmniejszamy prawdopodobieństwo nawrotu cierpienia. 3) Już po wygojeniu się przetoki po cystostomii przewód pęcherzykowy uledz może zarośnięciu (skutkiem owrzodzeń), a potem puchlinie. Stan ten zaś powoduje takie i tyle dolegliwości, że następowo musimy przystępować do cystektomii. 4) Po wycięciu woreczka stosunki anatomiczne mogą się znakomicie wyjaśnić, co ewent. uchroni chirurga od przeoczenia drobnych kamyczków w przewodzie pęcherzykowym, przewodzie żółciowym, lub wątrobowym. 5) Rozumie się, że w przypadkach, w których znajdziemy ściany woreczka bardzo zmienione tak, że *a priori* wykluczyć możemy, by narząd tak zmieniony mógł jeszcze w przyszłości funkcyonować, a samo przez się rozumie się, że i w przypadkach raka,

istnieje bezwzględne wskazanie do jego wycięcia. 6) Wreszcie do wyłuszczenia woreczka zachęca wzgląd na małe znaczenie fizyologiczne tego narządu. Ludzie, obarczeni kamykami w przewodzie pęcherzykowym, wzgl. w szyjce pęcherzyka, obywają się bez tego narządu całemi latami i poza napadami czują się względnie dobrze.

Nigdy jednak nie należy wpierw wycinać pęcherzyka, zanim nie poinformujemy się możliwie dokładnie o stanie anatomicznym reszty dróg żółciowych. Wyczuwamy kamyk w przewodzie żółciowym wspólnym, wykonujemy choledochotomię i teraz dopiero się przekonujemy, że żółć, wypływająca z przewodu wątrobowego, jest mętną, więc napewno zakażoną.

Nie posiadamy lepszego środka na zwalczenie tego zakażenia, jak dokładne i przez dłuższy czas podtrzymywane sączkowanie przewodu wątrobowego. Uskutecznić zaś to możemy dwojakim sposobem: albo 1) naśladując Riedla, zaszyć ranę w przewodzie żółciowym wspólnym, przez utrzymany zaś i otworzony pęcherzyk żółciowy wszyty w powłoki brzuszne, sączkować drogi żółciowe, lub też 2) idąc w ślady Kehra, rozszerzyć ku górze ranę w przewodzie żółciowym, zająć cięciem i przewód wątrobowy i włożyć w przewód sączek odpowiedniej grubości. Jedna i druga metoda ma swoje dobre i złe strony, ma przeciwników i zwolenników. Trzeba posiadać duże doświadczenie, aby módz z przekonania oświadczyć się za jednem lub drugiem postępowaniem.

W razie uwięźnięcia kamyka w odcinku śróddwunastniczym przewodu żółciowego operacya może się stać bardzo trudną i niebezpieczną, w każdym jednak razie powinna być wykonaną. Nie wolno obchodzić tej trudności przez wykonanie łatwiejszej n. p. cholecystenterostomii. Od czasu, jak przekonano się, że tak cystiko- jak i choledochotomia nie są zabiegami ani tak trudnymi, ani tak niebezpiecznymi, za jakie je pierwotnie uważano, zgniatanie kamyków, tkwiących w tych przewodach, wychodzi (i słusznie) coraz bardziej z użycia. Przy bardzo nawet troskliwem miarkowaniu siły, nigdy na pewno wykluczyć nie możemy, czy równocześnie nie zgniatamy błony śluzowej, patologicznie już i tak zmienionej. Następstwa zaś takiego zranienia mogą być nieobliczalne: stąd rozpocząć się może nowe zakażenie, stąd z czasem powstać może blizna, zwężająca przewód, lub nawet prowadząca do zupełnego jego zarośnięcia.

Wyjątkowo tylko zwężenie przewodu żółciowego wspólnego bywa następstwem zmian, towarzyszących kamicy żółciowej, a nigdy z tej przyczyny przewód ten nie zarasta. Więc też kamica żółciowa, jako taka, nigdy nie daje wskazania do założenia przetoki między pęcherzykiem a przewodem pokarmowym. Natomiast w niektórych powikłaniach tego cierpienia, jak w przypadku raka przewodu żółciowego, lub śródmiąższowego zapalenia trzustki i t. d. cholecystjejunostomia może chorym świadczyć nie małe usługi. Inni, np. Kehr, szczególnie często i z pewną niejako predylekcyą tworzą przetoki między pęcherzykiem a żołądkiem i żadnych stąd szkód nie dostrzegają.

Wreszcie przypomnieniem, że w odpowiednim razie rozerwać należy zrosty zaciskające dwunastnicę, poprzecznicę i t. d., ewentualnie nawet wykonać gastroenterostomię, wyczerpujemy rejestr operacyi, typowych i najczęściej wystarczających, aby uczynić zadość wskazaniom, wynikającym z kamicy żółciowej samej i jej powikłań.

U nas niema prawie wcale chirurgii dróg żółciowych. Trudno rozsądzać, czy to zjawisko jest dobre, czy złe, normalne, czy nienormalne. Są jednakowoż wszelkie podstawy ku temu, aby się spodziewać, że w przyszłości i ta gałąź chirurgii u nas zakwitnie. Wszakżeż w kilku latach, w czasach, które wszyscy pamiętamy, przyjęła się i na naszym gruncie skolekoidektomia. W Ameryce, Francyi, Niemczech i t. d. oddawna już pisano o zapaleniu wyrostka robaczkowego, o operacyach wczesnych w tem cierpieniu i t. d., kiedy u nas jeszcze po staremu mówiono o *typhlitis*, a chirurdzy mieli jeno sposobność otwierać duże ropnie okołokątnicze. Jakżeż inaczej dziś się dzieje! Dziś operujemy w skolokoiditis najchętniej i najczęściej już po skończonym szczęśliwie napadzie, operujemy zatem ze względów profilaktycznych, aby zapobiedz nowemu napadowi, a nie ze wskazań koniecznych. Oczywiście, że gdzie się tego potrzeba okaże, operujemy i z ostatnich wskazań. Doświadczenie poucza, że stanowisko, jakie zajęliśmy, jest dobrem, a jeśli je kiedy opuścimy, to chyba na to, aby się jeszcze bardziej posunąć na lewo. Najlepszą miarą słuszności zapatrywań naszych chirurgów na kwestyę *skolekoiditis* jest to, że podzielają je lekarze i publiczność, na rękę idąc dobrej woli chirurgów. Kamica żółciowa w swych formach i przebiegu wiele okazuje analogii do zapaleń wyrostka robaczkowego; spodziewać się więc należy, że z czasem zmienią się poglądy na leczenie tego cierpienia, jak się zmieniły w kwestyi terapii zapalenia wyrostka robaczkowego.

* * *

V. Oceny i sprawozdania.

Bernhardt (Berlin): **Die Verletzungen des Gehörorganes besonders auch ihre Beziehungen zum Nervensystem. Forensische Abhandlung.** (*August Hirschwald*, Berlin, 1903).

Sprawa ubezpieczenia od wypadków nabiera z każdym dniem większej doniosłości dla społeczeństwa: wszelka książka, zajmująca się orzeczeniem i oceną lekarską uszkodzeń narządu słuchowego zasługuje na większą uwagę Praca Dra Bernhardta skupia w sobie cały postęp teoretyczny i doświadczalny, który zdobyły nauka i życie praktyczne w ostatnich czasach. Na wstępie przytacza autor prawodawstwo karne i cywilne, wymagające wkroczenia lekarza jako rzeczoznawcy; w części następnej, ogólnej, zastanawia się on nad stosunkiem wymienionych we wstępie uszkodzeń ogólnych do urazów narządu słuchowego. Z tego stanowiska omawia zejście śmiertelne, utratę słuchu, mowy i wzroku, charłactwo, obłąkanie, zeszpecenie i t. p. cierpienia, o ile one wyniknąć mogą pośrednio lub bezpośrednio w następstwie uszkodzeń ucha; roztrząsa dalej pojęcie niebezpiecznego narzędzia, zaniedbania, nieszczęśliwego wypadku, oszacowanie stopnia niezdolności zawodowej, udawanie, wpływ choroby usznej na poczytalność i inne szczegóły z uwzględnieniem ich znaczenia sądowo-lekarskiego. Do charłactwa, występującego po chorobach usznych, należą: dokuczliwy szum w uszach, pozbawiający snu, ochoty do pracy i do życia i t. p.; zboczenia umysłowe, oraz ciężkie przypadki macinnicy, zdarzającej się po chorobie usznej (*ototraumatische Hysterie*). Natomiast nie należy zaliczać do charłactwa, przewlekłego ropienia usznego nawet obfitego. W części szczegółowej omawia autor kolejno uszkodzenia i ich następstwa poszczególnych części narządu słuchowego, postępując od zewnątrz ku wewnątrz, od małżowiny do ośrodkowych narządów zmysłu słuchowego. Na szczególną uwagę tu zasługuje przedstawienie uszkodzeń, wywołanych przez ciała obce w uchu, pęknięcie błony bębenkowej i innych.

Skrzętne zużytkowanie piśmiennictwa ostatniego dzie-

sięciolecia i przytoczenie pouczających przypadków kazuistycznych, a szczególnie przytoczenie z piśmiennictwa wszystkich czynników i doświadczeń, służących do zlokalizowania przyczyny niedosłyszenia i do zdemaskowania udawania ze strony rzekomo uszkodzonego, stanowi nie małą zaletę tego dzieła. W bardzo cennych uwagach końcowych streszcza autor pokrótce zasady i wskazówki, któremi kierować się należy przy ocenianiu i orzeczeniu urazowych cierpień usznych i ich następstw pod względem sądowo-lekarskim. Książka ta, o ile idzie o orzeczenie i o ocenę uszkodzeń usznych ze stanowiska lekarza sądowego i rzeczoznawcy, stanowi wyborny przewodnik nie tylko dla specyalistów, dla lekarzy towarzystw ubezpieczeń, fabrycznych i sądowych, lecz także dla lekarza praktycznego, który również nieraz znaleźć się może w położeniu rzeczoznawcy, choć tylko jako sędzia polubowny, a w wykonywaniu swego zawodu spotykać się może nieraz z przypadkami trudnymi do ocenienia. *Spira.*

VI. Wyciągi.

Koehne. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego między szmerem pępowinowym a sercowym płodu i do wskazań przy wadzie sercowej płodu, rozpoznanej podczas porodu.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 1, 1303). Zwykle szmery, słyszalne przy osłuchiwaniu macicy ciężarnej, a nierównoczesne z tętnem matki, odnosimy do t. zw. szmerów pępowinowych. Różne są zapatrywania autorów co do ich powstania. Większość zgadza się na to, że są one następstwem przeszkód w krążeniu naczyń pępowinowych, powstałych skutkiem okręcenia pępowiny około jakiejś części ciała płodu, węzłów pępowiny i t. p.; inni sądzą, że przeszkoda ta leży w miejscu przejścia naczyń pępowinowych przez pierścień pępkowy (Hecker). Niektórzy znowu sądzą (Scanzoni, Bumm, Attensamer), że szmer ten jest wprawdzie następstwem jakiegoś ucisku na pępowinę, ale, że on powstaje i jest słyszalny w sercu płodu, zresztą zupełnie zdrowem. Autor badał w tym kierunku cały szereg ciężarnych i rodzących, również i płody zaraz po urodzeniu i przekonał się, że szmer pępowinowy niema nic wspólnego z sercem płodu i powstaje istotnie tylko wskutek przeszkody w krążeniu naczyń pępowinowych, gdzie też jest słyszalny. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem, jak to zresztą wykazały bardzo zajmujące doświadczenia, mogą powstać szmery w sercu płodu, mimo że ono anatomicznie jest zupełnie prawidłowe; jeżeli mianowicie płód, znajdując się w niebezpieczeństwie życia, zwykle tylko przejściowem, np nierzadko w II-gim okresie porodu, wykonuje przedwczesne wdechy; skutkiem tego powstają wahania w ciśnieniu krwi i wiry, które, udzielając się zastawkom w sercu, wywołują w niem nie tony, ale szmery. Stany te, a więc i szmery, są rzadkie i tylko przejściowe, przypadkowe. Natomiast zdarzają się przypadki, gdzie czystych tonów serca płodu stale nie można usłyszeć, gdzie więc możnaby myśleć o organicznej wadzie serca. Autor opisuje właśnie przypadek przez siebie spostrzegany, gdzie przy osłuchiwaniu rodzącej przez powłoki brzuszne słyszał bardzo głośny dmuchający szmer, nierównoczesny z tętnem matki, 140 razy na minutę, na znacznej przestrzeni, najwyraźniej jednak tylko w jednem miejscu: tonów serca nie można było słyszeć mimo kilkogodzinnej obserwacyi. Na tej podstawie rozpoznał wadę serca płodu. Nagle po $1^{1}/_{2}$ godzin szmery te osłabły, stały się nieregularne, wreszcie zupełnie ustały. Po trzech godzinach urodził się płód dobrowolnie, świeżo obumarły, ważący 4308 grm., 53 ctm. długi. Sekcya serca płodu wykazała, że jest ono trzy razy większe i cięższe, niż prawidłowe u noworodka, ważyło 63 grm.; serce prawe znacznie przerosłe, na miejscu zastawek półksiężycowych znaleziono tylko malutkie brodaweczki, ujście tętnicze prawe znacznie zwężone, w przegrodzie komorowej otwór, przepuszczający mały palec. Omawiając bardzo szczegółowo przyczyny powstania tej wady serca, dochodzi autor do przekonania, że tu nie idzie o następstwo śródmacicznego zapalenia wsierdzia, lecz o nieprawidłowe założenie i rozwój jaja. W piśmiennictwie znalazł autor tylko 7 przypadków wady sercowej płodu, rozpoznanej w życiu śródmacicznem i potwierdzonej po jego urodzeniu się; podaje ich historye i omawia krytycznie. Na podstawie tych przypadków twierdzi autor, że wadę serca płodu w życiu śródmacicznem można rozpoznać, jeżeli słyszymy przez powłoki brzuszne rodzącej szmer głośny, szorstki, stale występujący i zawsze z równem nasileniem, nierównoczesny z tętnem matki, przyczem nigdy i nigdzie nie dają się słyszeć tony serca, wreszcie jeżeli szmer ten, słyszalny na całej powierzchni brzucha rodzącej, występuje najwyraźniej w jednem miejscu, odpowiadającem okolicy serca płodu. Szmer pępowinowy jest głuchszy, chuchający, miękki; nasilenie jego jest w różnym czasie różne i często zależne od ruchów płodu i od położenia rodzącej; wreszcie przy dokładnem kilkakrotnem osłuchiwaniu można się przecież dosłuchać i tonów serca. W końcu usprawiedliwia się niejako autor, dlaczego widząc płód w niebezpieczeństwie życia, nie starał się szybko ukończyć porodu i przechodzi tem samem do pytania: czy niebezpieczeństwo życia takiego płodu, u którego rozpoznano wadę serca, stanowi wogóle wskazanie do sztucznego rozwiązania kobiety? Matka znajdowała się dopiero w I. okresie porodowym, a płód był w położeniu miednicowem; wykonując więc szybko wyciągnięcie płodu, naraziłby matkę niewątpliwie na przedarcia szyjki, krwotok i inne mogące stąd wyniknąć następstwa, a ostatecznie urodziłby się płód może żywy, ale zamało odporny do dalszego życia. Z powyższych 7 płodów tylko 2 żyły dalej, jak długo? niewiadomo. Vierordt obliczył długość życia dzieci, urodzonych ze zwężeniem ujścia tętniczego prawego, na 9·36 lat, a przy zarośnięciu tegoż na 3·27 lat; przy równoczesnej komunikacyi między komorami na 11·76 lat; nadto wykazano, że dzieci takie nie są zdolne rozwinąć się ani fizycznie, ani umysłowo; wreszcie dzieci takie usposobione są do nabycia rozmaitych chorób, a szczególnie gruźlicy. Na podstawie tych rozważań dochodzi autor znowu do twierdzenia, że rozpoznawszy wadę sercową u płodu, nie należy się nigdy kusić tylko w interesie takiego płodu o wykonanie jakiegoś zabiegu, któryby narażał matkę na jakiekolwiek niebezpieczeństwo: przeciwnie jest naszym obowiązkiem, bez względu na chory płód poród tak prowadzić, aby on się odbył dobrowolnie z możliwem oszczędzeniem matki.

Dr. E. Ehrenpreis.

E. Landergren. **Badania nad rozpadem białka u człowieka.** (*Skand. Archiv für Phys.* T. 14, str. 112. Według obszernego referatu w „Fortschr. der Mediz." T. 21, 1903). Wiemy oddawna, że węglowodany w wyższym stopniu posiadają własność uszczuplania rozpadu białka w ustroju, niż tłuszcze. Autorowi udawało się przez podawanie węglowodanów w ilości przewyższającej zapotrzebowanie, obok znikomo małej ilości białka i tłuszczów, obniżyć wydzielanie azotu w moczu poniżej wartości, wydzielonej w stanie głodu: 3·35 do 3·76 N. dziennie. W dalszych doświadczeniach pokrywał L. tłuszczami połowę zapotrzebowania energii, zresztą podawał węglowodany i zaledwie 1·0 N. Zauważył przytem, że zużywanie białka ustrojowego było prawie w ścisłym stosunku do wagi ciała. Na 1 klgr. wydzielało się moczem u czterech badanych osób 0·049 do 0·54 azotu dziennie. Z powodu tej stałej wartości wydzielanego na 1 klgr. ciała azotu uważa autor badanie przemiany białka przy dyecie wyżej podanej, prawie wolnej od azotu, za szczególnie nadające się do badania wpływu chorób, środków lekarskich itd. na rozpad białka w ustroju. Ta metoda daje zdaniem autora raczej, niż zwykłe badanie przemiany materyi w równowadze azotowej, możność wykrycia już drobnych zaburzeń z rozpadzie białka. Badanie bowiem zapomocą tej metody dokonuje się w warunkach, wykluczających potrzebę pokrywania wydatków pracy ustroju białkiem dowiezionem, wskutek czego jasno obejmujemy liczby azotu, wynikłe z rozpadu samego białka tkankowego. Rozpad białka potęguje się jeszcze bardziej, gdy z pokarmu wyłączy się obok azotu i węglowodany, pokrywając całe zapotrzebowanie ustroju wyłącznie tłuszczami, chociażby w nadmiarze. Azot wydzielany wynosił 4-go dnia doświadczenia 7·6 grm., a 3-go dnia był już w dwójnasób większy, niż w doświadczeniach z dyetą tłuszczowo-węglowodanową u tychże osób. W pierwszym dniu doświadczenia wydzielanie azotu jest mniejsze, co się tłómaczy wpływem zapasów glikogenu, który w podobny sposób zaoszczędza białko, jak dodawane w pierwszych doświadczeniach do pokarmu węglowodany. Z doświadczeń tych wynika też, że brak węglowodanów potęguje rozpad białka nawet przy dostatecznym dowozie kaloryi (w postaci tłuszczów). Tłómaczy się to najprościej w ten sposób, że ustrój stara się o zachowanie pewnego zasobu węglowodanów i potrzebie tej czyni zadość przez zwiększenie rozpadu białka, przyczem odszczepia się drobina węglowodanowa. Zatem białko dostarcza węglowodanów, a nie tłuszcze. Autor dołącza krytykę prac, starających się dowieść, że węglowodany powstają z tłuszczów. Wspomina on, że przy dyecie wyłącznie tłuszczowej zauważył w moczu znaczną acetonuryę i w wielkiej ilości kwas β-oksymasłowy. Odpowiednio do zwiększonej ilości kwasów wydzielała się w postaci amoniaku prawie połowa azotu w moczu.

Orzechowski.

Otto Jacobsohn (Berlin). **O białkomoczu ortotycznym.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 40, 1903). Heubner nazwał białkomoczem ortotycznym tę formę wydzielania się białka w moczu, która zależy jedynie od zmiany położenia ciała leżącego na sto-

jące i na odwrót; jest to zatem pewien rodzaj białkomoczu okresowego, będącego określeniem całej grupy zjawisk występowania w moczu białka od czasu do czasu. Leube uważa tego rodzaju białkomocz za fizyologiczny, a w szczególności stanowczo go oddziela od białkomoczu w okresie dojrzewania płciowego (albuminuria adolescentium), uważanego już za objaw chorobowy. W przeciwieństwie do Leubego uważa autor białkomocz ortotyczny za objaw zwyrodnienia, albowiem we wszystkich przez niego spostrzeganych przypadkach, a była ich znaczna liczba, dało się wykazać ciężkie obciążenie dziedziczne, szczególnie w zakresie chorób nerwowych i umysłowych. W jednym tylko przypadku nie wykazano tego rodzaju dziedziczności, lecz był to syn suchotnika, pogrobowiec. Ze spostrzeganych przypadków nie było ani jednego powyżej 35 lat życia; największa liczba była przed, albo w okresie dojrzewania, co najwyżej niedługo po tym okresie; wszyscy robili wrażenie ospałe i znużone mimo, że się w tym kierunku nie skarżyli. W przypadkach spostrzeganych klinicznie w ciągu kilku miesięcy uważano stale brak białka w moczu nocnym, tudzież porannym, o ile został oddanym w pozycyi leżącej, chyba, że równocześnie zauważono obecność nasienia, względnie krwi miesiączkowej, zaś ze ścisłością matematyczną można było stwierdzić brak białka, jeżeli się pacyenta położyło do łóżka na 24 godzin. U niektórych wstanie z łóżka na chwilę wystarczyło do okazania się białka, u innych trzeba było godziny, lub więcej; często stanie powodowało białkomocz, gdy tymczasem natężający marsz był bez wpływu; we wszystkich jednak przypadkach można było zauważyć, że białkomocz był połączony z pewnego rodzaju znużeniem, z pewnym wysiłkiem. Pomiędzy białkomoczem dojrzewania, a ortotycznym istnieje pewien związek, tem bardziej, że obydwa mają wspólną podstawę w nerwowem obciążeniu dziedzicznem; jest on oznaką łatwego nużenia się; autor stara się nawet wytłómaczyć go w myśl teoryi Senatora nagłem ustawaniem funkcyi przybłonka nerkowego, gdy tymczasem kłębuszki wydzielają w dalszym ciągu swój produkt, zawierający białko. Zawartość białka w poszczególnych porcyach moczu może być wcale znaczną. W każdym zaś razie typowem zjawiskiem jest brak białka w moczu nocnym, względnie oddanym po dłuższem leżeniu, rzecz ważna szczególnie dla dyagnozy różniczkowej między białkomoczem ortotycznym, a pochodzącym z zapalenia nerek. *Seńkowski.*

A. v. Reuss. **Zastosowanie elektryczności w zapaleniach oka.** (»*Die Krankenpflege*«. Bd. I, H. 12, 1902). Ze względu na bądź co bądź zajmujące wyniki elektroterapeutyczne, jakie autor w pewnych schorzeniach oka osiągnął, jakoteż uwzględniając łatwość, z jaką każdy lekarz praktykujący może stosować z korzyścią powyższą terapię w pewnych przynajmniej przypadkach, podaję niniejsze streszczenie, a to tem chętniej, ponieważ autor tej pracy niewątpliwie należy do rzędu tych, którzy w dziale elektroterapii okulistycznej rozporządzają rozległem doświadczeniem.

W okulistyce posługiwano się elektroterapią najpierw tylko w porażeniach mięśni gałki ocznej, oraz w neuralgicznych bolach nerwu nad- i podoczodołowego. Wyniki były dość różne, nierzadko bardzo dodatnie i trwałe. Natomiast późniejsze zastosowanie elektryczności w leczeniu chorób nerwu ocznego i siatkówki dało wynik wprost ujemny. Były to przypadki, w których wszelkie inne leczenie (rtęcią, jodem, strychniną, sperminą itp.) zawiodło.

Wybitne korzyści osiągnął autor w ostrych zapaleniach oka, stosując prąd faradyczny, bądźto pośrednio, t. j. przepuszczony przez rękę lekarza, bądź też bezpośrednio zapomocą odpowiednio urządzonej elektrody. I tak w zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego prąd faradyczny, stósowany przez ½ godziny na dobę, usuwał lub znacznie łagodził bóle. Podobny skutek spostrzegał autor w zapaleniach twardówk i głębszych i powierzchownych (scleritis, episcleritis), oraz w bolesnych zapaleniach rogówki.

W oczach, oślepłych wskutek długotrwałych zapaleń tęczówki, naczyniówki, oderwania siatkówki, w jaskrze zupełnej, ustępowały bóle pod działaniem prądu faradycznego, chroniąc oko przed wyłuszczeniem. Równie skutecznym, jak w ukojeniu bólów, okazał się prąd faradyczny także w światłowstręcie, towarzyszącym zapaleniu pryszczykowemu spojówki, a to szczególnie w końcowym okresie choroby.

Co do wpływu faradyzacyi na sam przebieg powyższych chorób, trudno jest orzec, w jakim stopniu współdziała ona z innymi równocześnie stosowanymi lekami; w każdym razie daje się wykazać korzystny wpływ na przebieg zapaleń tęczówki, a wprost leczniczy w początkowym okresie nawrotu zapalenia. Tosamo dotyczy rzekomego zapalenia twardówki. W zapaleniach rogówki, w nagromadzeniu ropy w komórce przodkowej, w krwawych wybroczynach śródgałkowych nie stwierdził autor wybitniejszego działania. Natomiast pod działaniem prądu przerywanego świeże męty w ciałku szklistem ulegały szybko wessaniu, jak również rychło znikał zapalny odczyn, towarzyszący bólom w oczach oślepłych.

Co do chorób nerwu ocznego, siatkówki i zapaleń wysiękowych naczyniówki autor przyznaje, że własnem doświadczeniem nie rozporządza.

Prądu stałego używał autor w powierzchownych i głębokich zapaleniach twardówki, bezpośrednio galwanizując chorą część po poprzedniem zakokainizowaniu. Elektryzował prądem o sile 1 M. A. przez 1—1·5 minuty co drugi dzień, stosując na miejsce schorzałe najpierw anodę, później katodę, przyczem drugi biegun trzymał sam chory w ręce. W tych razach równocześnie podawał autor wewnętrznie jod, przetwory salicylowe, żelazo, rtęć, wedle wskazania.

Przy powikłaniu z zapaleniem tęczówki, lub w bardziej rozlanej postaci zapalenia twardówki, używał autor faradyzacyi przez zamknięte powieki. Można też kombinować obydwa rodzaje prądu. Autor wspomina o poleconych w ostatnich czasach przez Dentiego i Norsy kąpielach ocznych elektrycznych przy zapaleniu twardówki z dodatkiem salicylanu litowego, który w drodze katalizy ma przedostawać się do oka. Pausier poleca w zapaleniach twardówki elektrolizę guzów; jeden z biegunów (katodalny) wkłuwa w guz, drugi łączy z czołem. Lefort leczy słabymi prądami, ale stósowanymi przez czas dłuższy, np. przez noc. W końcu zwraca się autor z prośbą do kolegów, aby wyniki własnych doświadczeń również ogłaszali. *Alfred Burzyński.*

Duprat. **Przyczynek kliniczny do leczenia moru surowicą.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1903, Zeszyt 9). Wobec tego, że doświadczeń z surowicą przeciwmorową Yersina zebrano dotąd niezbyt wiele, a niektórzy autorowie, zwłaszcza niemieccy, powątpiewają w znaczniejszy wpływ tego środka na przebieg choroby, zasługują na uwagę spostrzeżenia D., który lecząc 45 przypadków moru w Rio Grande (w Brazylii) w czasie epidemii, panującej tam od grudnia 1902 aż do chwili obecnej, stracił tylko 9 chorych. Mniej, niż 100 ctm.³ surowicy zastosowano u 16-tu chorych, zmarło pięciu (31·25%); ponad 100 ctm.³ wstrzyknięto u 29, zmarło tylko czterech, (13%). Przytoczywszy ciekawsze historye choroby, streszcza D. swe wrażenia w następujących zdaniach: 1) surowica Yersina jest rzeczywiście skuteczną, jako lek przeciwmorowy; 2) wysokość dawek zależeć powinna nie od wieku chorych, lecz od stopnia ciężkości zakażenia; 3) aby uzyskać dobre wyniki, należy zaczynać odrazu od dawek bardzo znacznych i nie wahając się powtarzać je co 12 godzin dopóty, póki stan ogólny chorych wyraźnie się nie polepszy; 4) wystarczają wstrzykiwania podskórne, byleby zacząć od wstrzyknięcia 200 do 300 ctm.³, a nawet więcej. D. używał surowicy z zakładu wyrobu surowic w Rio de Janeiro. *C.*

London. **Przyczynek do nauki o promieniach Becquerela i o ich fizyologicznem i patologicznem znaczeniu.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23, 1903). L. doszedł na mocy swych badań nad działaniem radu (radium) do bardzo ciekawych wyników. Rad jest w stanie zabić zwierzę ssące nawet z odległości. Na skórze ludzkiej wywołuje on z odległości uszkodzenia, które są tak charakterystyczne, że można mówić o „dermatitis radiogenes". Na ślepych, którzy na światło bardzo słabo oddziaływają, działa rad, jeśli się go przysunie do jednego lub drugiego oka, w ten sposób, że wywołuje wrażenie światła; ślepi zaś, posiadający jeszcze zdolność odróżnienia światła od cienia, jednak nie mogący rozpoznać obrysów przedmiotów, poznają na zasłonie, oświetlonej promieniami Becquerela, kształty rzuconych na zasłonę, lub położonych na niej przedmiotów. Wszyscy ludzie doznają wrażenia światła w oku szczelnie zamkniętem, jeżeli się zbliży doń bromek radu, w odległości prawie 10—15 ctm. ze strony czoła, albo ciemienia, a nawet potylicy. Z pomocą radu można w ciemnym pokoju przedsiębrać mikroskopowe badania. *B. Żmigród.*

Nagano. **Przyczynek do sprawy rozległego wycięcia jelita cienkiego.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* XXXVIII. 2, 1903). Autor zajął się kwestyą, którą już przed laty kilku poruszył Trzebicky, mianowicie, jaki kawałek jelita można wyciąć? N. wycinał w kilku przypadkach 310—330 ctm. jelita cienkiego i robił nadto doświadczenia na psach, które go przekonały, że nie wszystkie części jelita cienkiego mają dla wycięcia to samo znaczenie. I tak wycięcie pewnej części jelita cienkiego z górnych partyi przedstawia cięższy zabieg dla zwierzęcia, niż wycięcie tej samej długości jelita cienkiego w dolnej części. Z tego autor wnosi, że przy rozległych wycięciach jelita baczyć należy nietylko na długość wyciętego jelita, ale także na jego umiejscowienie. *B. Żmigród.*

Dr. B. Milner. **Znaczenie chirurgiczne grypy. Nawrotowe zapalenie kręgosłupa itd.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie* T. XI, Z. 3, 1903). Młodzieniec 19-letni zapadł w czwartym tygodniu po przebyciu ciężkiej grypy (z zapaleniem płuc i majaczeniem) na ostre zapalenie w okolicy X—XII kręgu piersiowego, z wyraźnym bardzo bolesnym obrzękiem części miękkich tej okolicy i częściowem porażeniem kończyn dol-

nych. Objawy te powoli ustępowały i zeszły w końcu do jednego bolesnego guzka w okolicy zajętej zapaleniem, oraz nieznacznego osłabienia w kończynie dolnej lewej. Działo się to w pierwszej połowie roku 1899. W roku 1900, najpierw od czasu do czasu, a potem już stale, natężenie objawów chorobowych spotęgowało się z dodatkiem nowego objawu plamicy (*purpura*) i obrzęku stawu kolanowego. W czasie obserwacyi szpitalnej, trwającej do lutego 1901 r., rozwinęło się całkowite kurczowe porażenie obu nóg. Granica porażeń przechodzi przez X—XI krąg piersiowy. W okolicy tej garbu wyraźnego niema, istnieje natomiast obrzęk części miękkich. Próbne nacięcie wykazało, że chodzi tu o bliznę pozapalną. W dalszym ciągu stan się pogorszył jeszcze o tyle, że czucie uległo upośledzeniu w większym jeszcze stopniu. Poprawa rozpoczęła się dopiero w połowie tego roku i odtąd powoli, mimo powtarzających się jeszcze od czasu do czasu objawów plamicy, szło stale ku lepszemu tak, że w marcu 1902 roku chory mógł powrócić do codziennych zajęć. Zdaniem autora przyczyną tego cierpienia była grypa, a właściwie prątki Pfeifera. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Labadie-Lagrave i Rolin zalecają **jodokodeinę** w chorobach dróg oddechowych, gdzie chodzi o spotęgowanie wykrztuszania przez rozrzedzenie wydzieliny, a przytem i o złagodzenie drażnienia do kaszlu. Jodokodeina przedstawia się jako proszek żółty, krystalizujący w żółtych igiełkach, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Stosować ją można w postaci syropu, pigułek lub wstrzykiwań podskórnych. Wewnętrznie poleca się po 0·02—0·04 jednorazowo, a po 0·10 do 0·15 dziennie. Do wstrzykiwań używa się 0·01 do 0·03. Najlepsze wyniki dała jodokodeina w rozedmie płuc, potęgując wykrztuszanie, łagodząc duszność i kaszel, a wreszcie wywołując sen. Również dobre wyniki przy dychawicy, ostrym nieżycie oskrzeli, w początkowym okresie krztuśca i w nieżycie oskrzeli pierwotnym, lub powstałym na tle wady serca, zalecają jodokodeinę do powszechnego użytku. Dobrze też zastępuje ten przetwór morfinę w stanach duszności mocznicowej i we wtórnym nieżycie oskrzeli u chorych na nerki. (*Bulletin médical* 1903, Nr. 41).

Atoxyl, metaarsenian aniliny, stosował Biringer z doskonałymi wynikami we wszystkich tych przypadkach chorób skóry, w których dotychczas wewnętrznie lub podskórnie leczono nieorganicznymi przetworami arsenu. Atoksyl zawiera 37% arsenu, więc około połowę tej ilości, którą posiada kwas arsenawy $As_2 O_3$. Jest proszkiem białym, bezwonnym, prawie zupełnie pozbawionym smaku; w ciepłej wodzie rozpuszcza się do 20%. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że jest około 40 razy mniej trujący, niż zwykle używane przetwory nieorganiczne. Biringer stosował atoksyl podskórnie, wstrzykując 2 razy tygodniowo po jednej strzykawce Pravaza roczczyn 20% (0·2). Atoksyl nie posiada działania żrącego kwasu arsenawego, więc nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, które nie wywołują bólów. Okazał się bardzo skutecznym i zgoła nie szkodliwym. Leczenie atoksylem trwa równie długo, jak innymi przetworami arsenu, jest jednak wygodniejsze, (2 razy na tydzień po 1 strzykawce), atoksyl bowiem nie odrazu wydziela się z organizmu, lecz przez czas dłuższy do tygodnia okazuje się w moczu. (*Therap. Monatshefte* Zesz. 8, 1903). *O.*

Penell T. L. **Zasady, jako leki kojące ból.** (*Brit. med. Journ.* I. 1803). W ubiegłym roku zwrócił uwagę Lauder-Brunton na ogólną własność zasad łagodzenia bólów. Autor donosi o trzech przypadkach uporczywej rwy, w których zasady (węglan amonowy) sprowadzały wyraźne ukojenie bólów. *O.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 24. czerwca, 1903 r.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Klecki zapytuje, czy korekta językowa Słownika lekarskiego przeprowadza się tak, jak to było uchwalone przez Towarzystwo? W odpowiedzi oświadcza kol. Przewodniczący, że w kwestyi tej porozumie się z Komisyą słownikową i zda sprawę na najbliższem posiedzeniu.

III. Latkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O nowszych sposobach badania chorób dróg moczowych«, przyczem okazał sposoby i przyrządy, obecnie używane do tego celu. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zaznacza kol. Prof. Korczyński, jak ważne są dla rozpoznawania schorzeń nerkowych metody, opisane przez prelegenta.

Tak jak przed wprowadzeniem sondy żołądkowej rozpoznawano choroby żołądka tylko na podstawie objawów podmiotowych i czynnościowych, tak do niedawnego czasu, a może i dotąd, rozpoznajemy choroby dróg moczowych na podstawie wywiadów i badania moczu. To w przeważnej części przypadków nie wystarcza. Cystoskop trzeba uważać za przyrząd niezbędny do rozpoznawania chorób pęcherza moczowego. Ma on jednak te ujemne strony, że nie zawsze daje się zastosować, że wydzielina pęcherza utrudnić może rozpoznanie, a nadto, że użycie tego przyrządu wymaga bardzo znacznej wprawy, którą nie każdy z lekarzy w dostateczny sposób rozporządza. Co do kwestyi separacyi moczu, to obecne przyrządy nie są bez wartości, lubo zarzucić im należy jeszcze brak należytego technicznego udoskonalenia. Sondowanie moczowodów jest nietylko trudnem, ale nadto często niebezpiecznem, gdyż można wobec choroby pęcherza zakazić wyższe drogi moczowe rzeżączką lub gruźlicą. Że choroby pęcherza z powodu alkalicznego oddziaływania moczu mogą maskować chorobę nerek przez zniszczenie składników morfotycznych, właściwych chorobom nerkowym, dowodzi przypadek, spostrzegany w klinice, gdzie przez cały czas obserwacyi klinicznej nie stwierdzono nigdy składników morfotycznych nerkowych, a jedynie tylko objawy przewlekłego nieżytu pęcherza. Tylko znaczniejsza ilość białka, wystąpienie drgawek i przerostu serca, usprawiedliwiały rozpoznanie marskości nerek. Również przypadek nowotworu jednej nerki, rozpoznany według nowszych sposobów badania funkcyi nerek, stwierdza doniosłość kryoskopii, jak i przypadek gruźlicy jednej nerki, rozpoznany na podstawie obecności prątków w moczu, oraz kryoskopii krwi i moczu. Kryoskopia i badanie funkcyi nerek są muzyką przyszłości i badanie tych spraw powinno być drogowskazem nauki klinicznej.

Kol. Kozłowski stwierdza, że za swej bytności w Paryżu widział często zastosowanie przyrządów Luysa i Cathelina; przy użyciu pierwszego przyrządu chorzy zawsze doznawali silnych bólów, przy użyciu zaś przyrządu Cathelina chorzy nie uskarżali się na żadne dolegliwości. Wprowadzenie obu przyrządów, które były cieńsze, niż obecnie okazywane, nie natrafiało zwykle na poważniejsze trudności.

Kol. Borzęcki zaznacza, że kliniczne rozpoznanie jakości krwotoków z dróg moczowych, o ile chodzi o t. zw. krwiomocz końcowy (*haematuria terminalis*), nie nastręcza zwykle klinicyście trudności rozpoznawczych, natomiast wielkie trudności w rozpoznawaniu ma klinicysta, jeżeli cały mocz oddany jest krwawy. Nierzadko, zdaniem kol. Borzęckiego, dobrą wskazówkę rozpoznawczą daje podmiotowe uczucie chorego. Wreszcie zaznacza kol. Borzęcki, że można użyć celem rozpoznawania wrzodziejących schorzeń pęcherza próby jodowej, jako nigdy nie zawodzącej.

Kol. Doc. Seńkowski zaznacza, że oznaczenie punktu marznięcia moczu, zdaniem jego, niema tak doniosłego znaczenia rozpoznawczego i że badanie moczu urometrem, oznaczenie mocznika i chloru daje tak samo zadowalniające wyniki.

W odpowiedzi zaznacza kol. Latkowski, że przyrządów cieńszych Luysa i Cathelina nie mógł dostać, a te modele, jakie posiada klinika chorób wewnętrznych, absolutnie u mężczyzn nie dadzą się użyć. W dalszym ciągu zaznacza kol. Latkowski, że ze zdaniem kol. Borzęckiego nie może się zgodzić, by uczucia podmiotowe chorego mogły mieć doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu schorzeń dróg moczowych i zdanie swe popiera obserwacyą kliniczną schorzeń. Próbie jodowej nie przypisuje tak wielkiej doniosłości, ani używaniu sondy do rozpoznania guzów pęcherza. W odpowiedzi kol. Seńkowskiemu stwierdza kol. Latkowski, że zdanie swoje o doniosłej wartości kryoskopii moczu opiera na bardzo licznem doświadczeniu chirurgów, którzy jednogłośnie polecają kryoskopię i próbę florydzynową.

IV. Kol. Latkowski omawia etyologię i przebieg kliniczny tak zwanej »nowej krakowskiej choroby« i przedstawia kulturę i preparaty mikroskopowe prątków influenzowych, wyhodowanych z jednego przypadku »nowej choroby«, leczonego w klinice. (Rzecz przeznaczona do druku). Kol. Flis przedstawia przebieg kliniczny 2 przypadków tej t. zw. »nowej choroby«, leczonych w klinice stałej.

W dyskusyi zaznacza kol. Eisenberg, iż badał krew w 2 przyp. »nowej choroby« bakteryologicznie z wynikiem ujemnym. Kał, badany

na prątki durowe, dał również wynik ujemny. Na 3 przypadki chorych i 8 ozdrowieńców tej choroby znalazł u wszystkich 3 chorych próbę Widala dodatnią, u ozdrowieńców 6 razy dodatnią, 2 razy ujemną. Z kału zaś chorych hoduje prątki, podobne do grupy prątków okrężnicowych; badań jednak swych nie wykończył i co do wniosków zastrzega się jeszcze.

Kol. Prof. Korczyński podnosi podobieństwo przebiegu klinicznego jednego przypadku do przebiegu sprawy durzycowej. Wykazuje jednak, że wiele objawów, jak późne występowanie diazowej reakcyi, brak próby Widala, obfite poty, zaburzenia psychiczne przy spadku ciepłoty, obrzęk i zapalenie powiek, sprzeciwia się przyjęciu duru lub »paratyfusu«, a jest tego zdania, że w tym przypadku mieliśmy do czynienia z niezwykłą postacią influenzy o przebiegu durowym. Co do różnych nowszych wyróżniań rodzajów prątków durowych i postaci chorobowych, które im odpowiadać mają, to wyraża się o tem sceptycznie i sądzi, że dopiero dalsze badania będą w stanie biologiczne odmiany tych drobnoustrojów w połączeniu z objawami klinicznymi i sposobami rozpoznawczymi wprowadzić w harmonijny związek kliniczny. Jak długo to nie nastąpi, to wszelkie kunsztowne nazwy »pseudo« lub »paratyfusu« mogą dla klinicysty stanowić tylko zaznaczenie usiłowań rozpoznawczo-naukowych, które być może, że kiedyś zastąpią dotychczas nieznane kliniczne objawy duru.

Kol. Latkowski odpowiada koledze Eisenbergowi że Widal jest reakcyą gatunkową i dla tego nie ma znaczenia dyagnostycznego.

Kol. Klecki podnosi trudność bakteryologicznego określenia chorób. Swoistych typów morfologicznych bakteryi, jak przed 10 laty, stałych, nie ma obecnie i stałymi być one nie mogą. Nazwy chorób zakaźnych będą się prawdopodobnie uogólniać; bez ścisłych dowodów na razie nie należy już obecnie ich zacieśniać. Co do reakcyi surowic chorych, to wobec ich znaczenia gatunkowego i możności wyrobienia się siły aglutynacyjnej surowicy, przy każdej chorobie zakaźnej, na prątki grupy „coli", z powodu ich rozrostu w kiszkach, reakcye te tracą znaczenie rozpoznawcze.

Kol. Flis dodaje, że w tych przypadkach influenzy, spostrzeganych w klinice, były wysypki skórne.

Kol. Eisenberg odpowiada na czynione mu zarzuty.

Kol. Bier zapytuje, czy było przeprowadzone szczepienie kultury pod opony zwierzętom.

Kol. Hirsch nadmienia, że obserwował takie same przypadki, które również robiły na niego wrażenie influenzy.

Kol. Latkowski odpowiada, że nie wstrzykiwano pod opony, ponieważ uważał kultury za osłabione.

Kol. Nowak potwierdza badania i charakter influenzowy prątków, które prelegent demonstruje. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

IX. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

29. Łapiński (Warszawa): **Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych.** W ostatnich czterech latach prelegent odprowadzał bezkrwawo zwichnięcia u 24 osobników, z tych u 18 zwichnięcie było jednostronne (wiek najniższy wynosił $1/_2$ roku życia, najwyższy 9 lat), u 6 zaś obustronne (wiek najniższy trzy lata, najwyższy $7^1/_3$ lat). Otrzymane wyniki dzieli Ł. na trzy rodzaje: wyleczenie zupełne, poprawa i zwichnięcie powtórne (reluxatio). Zdaniem prelegenta można mówić o wyleczeniu dopiero po upływie mniej więcej 2 lat od czasu zdjęcia opatrunku gipsowego. W końcu omawia Ł. swoje przypadki i przedstawia odnośne zdjęcia radyograficzne, stwierdzające pomyślne wyniki leczenia. Na mocy swego doświadczenia dochodzi Łapiński do następujących wniosków: 1. Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych może przywrócić całkowitą sprawność czynnościową kończyny i zupełnie prawidłowe stosunki anatomiczne. 2. Odprowadzenie bezkrwawe winno być wykonywane wcześnie, najdalej w drugiej połowie 2-go roku życia. 3. Metody bezkrwawe uzupełniają się wzajemnie i żadna nie jest uniwersalnym środkiem leczniczym. 4. Należy unikać zbyt gwałtownych sposobów postępowania w przypadkach ciężkich i opornych, rozkładając zabieg leczniczy na dwa posiedzenia. 5. Znaczne zmiany anatomiczne zwłaszcza u dzieci starszych, każą uzupełniać leczenie bezkrwawe prostymi i bezpiecznymi zabiegami krwawymi zewnątrzstawowymi, np. osteotomią. 6. Radyogramy należy zdejmować w położeniu stojącem, a jeśli w leżącem, to należy kończynę pchać ku górze. 7. Usiłowania najbliższe chirurgów winny dążyć do możliwie dokładnej analizy klinicznej i indywidualizowania przypadków, t. j. wyodrębniania poszczególnych zmian anatomicznych i zarazem ogarnięcia i zespołu, a to w celu wyboru wyboru najwłaściwszego w każdym oddzielnym przypadku sposobu postępowania. 8. Do wcześnie stosowanych metod bezkrwawych należy przyszłość w leczeniu zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.

W dyskusyi zgadza się Rydygier (Lwów) na to, że trzeba indywidualizować. Zwraca także uwagę, że są przypadki, gdzie sposób Lorenza się nie nadaje, mianowicie wtedy, gdy jest odwinięcie szyjki i główki ku przodowi. Miał dwa takie przypadki, a wtedy musiał wykonać rotacyę na zewnątrz, aby główkę skierować ku panewce; przytem prześwietlanie Roentgena oddaje bardzo dobre usługi.

30. Ziembicki (Lwów): **O separatorze Cathelina.** 31. Rydygier (Lwów): **O separatorze Luysa.** Przyrządy te służą do zebrania moczu oddzielnie z każdej nerki, a zasada ich polega na tem, że część oddzielająca, którą w separatorze Cathelina jest „kondom", a w Luysie blaszka elastyczna, dzieli dno pęcherza na dwie części. W tych połowach pęcherza nurzają się cienkie cewniki, którymi mocz z poszczególnych moczowodów odpływa na zewnątrz. Cewniki te i część rozdzielająca dają się schować do grubszego cewnika, a ten wprowadza się przez cewkę moczową.

Dyskusya:

Latkowski (Kraków) brał udział w próbach, robionych w klinice wewnętrznej nad obydwoma separatorami. Uważa separator Luysa za lepszy, ale wogóle stoją one niżej od cewników. Wprowadzenie ich (szczególniej Cathelina) jest bardzo bolesne, osobliwie w stanie chorobowym pęcherza. Nadto przyrządy te są za grube, by je przez cewkę męską można przeprowadzić. Po Luysie widział L. wyniki, po Cathelinie żadnych.

Bossowski (Kraków) sądzi, że Cathelin sprawia bóle, ale separuje lepiej i to, co separuje, jest giętkie, podczas gdy w separatorze Luysa jest twardy pręt metalowy.

Rydygier (Lwów) zwraca uwagę, że w separatorze Luysa przesuwa się przegroda elastyczna i nie jest twarda na końcu. Ma jeszcze tę zaletę, że jest o wiele tańszy (76 franków, tamten 200). Można jego grubość doprowadzić do Nru 15 skali Charriera, a więc dla chłopaka 14-letniego, a dziewczynki 9-letniej. Mimo tych separatorów R. woli wprowadzać cewniki do moczowodów.

32. Kryński (Warszawa): **W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki.** Nerki trzymane są: 1) powięziami, 2) sznurkiem naczyniowym, 3) otrzewną, 4) ciśnieniem brzusznem. Z powięzi bardzo ważną jest powięź nerkowa, która się dzieli na powięź przednerkową i zanerkową, te się z sobą nie łączą; oprócz tego idzie od przepony powięź, która się też dzieli na pokrywającą przednią i tylną część nerki. Pod wpływem pewnych czynników przesuwa się nerka ku dołowi i ku wewnątrz, bo jej inaczej powięź nie puszcza. Od sznurka naczyniowego znów zależy kierunek opuszczającej się nerki i nerka może tylko tak daleko zajść, jak na to pozwala długość sznurka; potem nerka może robić tylko ruchy wahadłowe. Najważniejszym czynnikiem, utrzymującym nerkę, jest zdaniem Dunina otrzewna, lecz Albarran zbił doświadczeniem to zdanie. Wołkow i Delicyn zwrócili uwagę na ważność ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Co do ruchomości nerek panuje niezgodność między zdaniem anatomopatologów, a klinicystów, bo gdy pierwsi na podstawie swego materyału przyjmują 1: 1000, to klinicyści twierdzą, że co trzecia kobieta ma nerki ruchome. Może pozycya leżąca trupa i niezwracanie uwagi przez anatomów dają tak wielką różnicę. Miejsce, gdzie leży nerka u mężczyzny, różni się od miejsca u kobiety, i to nam tłómaczy częstość powstawania u kobiet. Także zdaniem K. noszenie obcasów wpływa na to wskutek wytwarzania się wygięć kręgosłupa ku przodowi, a także i gorset, który zazwyczaj uciska klatkę piersiową. Położnicy zaś zwracają uwagę na to, że po kilku porodach występują często obniżenia nerek. Leczyć można w dwojaki sposób: operacyjnie lub zachowawczo. Operować powinno się tam, gdzie metoda zachowawcza nie dała wyniku i tam, gdzie wszystkie dolegliwości można usunąć, gdyż inaczej dyskredytuje się leczenie. Nieoperowaniem można też dużo zrobić: ułożenie do łóżka na kilka miesięcy, forsowne odżywianie. Tam, gdzie leżeć nie można, dać opaski, ale unikać elastycznych opasek z pelotą, bo ona nie trzyma wcale, a wywołuje przykre następstwa. Lepiej założyć opaskę na brzuch, a na to gorset, nie uciskający klatki piersiowej. Oprócz tego pomaga mięsienie nerki ruchomej.

33. Stopczański (Lwów): **O operowaniu krwawnic metodą Riedla.** Operacya Riedla wykonuje się w ten spo-

sób, że się palcami zagiętymi rozrywa zwieracz, następnie wkłuwa się igłę z katgutem w błonę śluzową powyżej zwieracza, przeciąga się szew popod żyły krwawnicze przez najgłębszą warstwę zwieracza, wykłuwając na granicy błony śluzowej i skóry, poczem się szew wiąże. W podobny sposób zakłada się w odległości $^3/_4$ ctm. od pierwszego szwu następne w równych odstępach. W klinice lwowskiej operowano tą metodą pięć razy; nie zauważono żadnego powikłania, ani ropienia; sposób ten ma tylko tę wadę, że kilkadziesiąt godzin po operacyi trwają bardzo znaczne dolegliwości. Zaletą zaś jego jest to, że jestto metoda bardzo prosta, można ją zastosować u chorych ze zmianami w odbytnicy (przetoki, stany zapalne, szczeliny, guzy krwawnicze uwięznięte itd.). Czas leczenia pooperacyjnego trwa 10—15 dni; operacyę tę może wykonać każdy lekarz, nawet nie chirurg.

34. Klęsk (Kraków): **Kora mózgowa w świetle badań fizyologii i chirurgii. Przyczynek do nauki o lokalizacyi i regeneracyi ośrodków mózgowych.** R. dzieli ośrodki mózgowe na trzy grupy: 1. ośrodki, mogące zaopatrzyć dany narząd obwodowy zupełnie dobrze i z jednej półkuli dla obu połów ciała. Tu należą ośrodki oddechania grzbietu, żucia, symetrycznych ruchów twarzy itd. W razie zniszczenia ich w jednej półkuli, porażenie nie występuje, gdyż obejmują funkcyę ośrodki tesame półkuli drugiej; 2) ośrodki, unerwiające dany narząd do połowy z jednej, a do połowy z drugiej półkuli (wzrokowe), lub w znacznej części z przeciwnej, a w małej tylko z tej samej półkuli (wszystkie grube ruchy, czucie itd.; 3) ośrodki (typ najwyższy), usadowione tylko w jednej półkuli i służące do pewnych subtelnych i wyższych czynności. Zniszczenie ośrodków typu drugiego wywołuje połowicze porażenie w obu połowach ciała (np. połowicze widzenie) lub porażenie tylko połowy ciała. Zniszczenie zaś ośrodków typu trzeciego wywołuje zwykle trwałe porażenie, zwłaszcza, jeśli zniszczenie to sięga poza obręb danego ośrodka. Ośrodki te są najczulsze i najprędzej ulegają porażeniu (mowa, subtelne ruchy rąk itd.). Wnioski, jakie prelegent na mocy prac innych i swoich doświadczeń na zwierzętach wyciąga, dadzą się ująć w następujących punktach: 1) Ośrodki korowe mózgu należy uważać w pojęciu fizyologicznem za zakończenia rozgałęzień danego nerwu w korze mózgowej. Zakończenia te tworzą w pewnych miejscach ogniska, t. j. punkty największej intenzywności danego ośrodka; porażenie ich powoduje niedowłady, krócej lub dłużej trwające porażenia, lub zupełne wypadnięcie funkcyi. 2) Powrót czynności nastąpić może przez objęcie czynności dalszych partyi ośrodka (w razie zniszczenia częściowego), rzadziej już przez inne partye tej samej półkuli, w wyjątkowych zaś przypadkach funkcyę danego ośrodka przyjąć może i odpowiedni ośrodek drugiej półkuli. 3) Ośrodki nie mają ścisłych granic, lecz zachodzą na siebie. 4) Część ośrodka można przy zabiegach chirurgicznych swobodnie wycinać. Przy przecinaniu kory mózgowej, np celem szukania czegoś głębiej, należy używać cięć prostych, unikać zaś cięć kolistych. (Dokończenie nastąpi).

† Dr. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI

prof. i długoletni dziekan Wydziału lekarskiego w Warszawie, b. sekretarz stały Towarz. lekar. warszawskiego i t. d., zmarł 27 b. m. w 80 roku życia.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 października.

* *Otrzymujemy następującą odezwę:*

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy przypomina wszystkim Członkom, że nadzwyczajne Walne zgromadzenie odbędzie się w niedzielę 1 listopada b. r. o godzinie 10-tej w sali Kopernika. Zarazem zaprasza Wydział do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tem zgromadzeniu, gdyż na porządku dziennym są bardzo ważne zmiany dotychczasowego statutu, oraz wnioski i rezolucye, które zgłoszą imieniem lwowskich kolegów wysłani na zgromadzenie Delegaci: prof. Kadyj, Dr. Mikołajski i Dr. Moszkowicz. Koledzy, nie należący do Towarzystwa, mogą się wpisać bezpośrednio przed rozpoczęciem Walnego zgromadzenia i już jako członkowie wziąć udział w obradach.

Z pośród zmienionych lub dodanych §§ w projekcie nowego statutu najważniejsze są te, które, czyniąc zadość życzeniu kolegów ze Lwowa i z prowincyi, stwarzają reprezentacye Towarzystwa okręgowe z szeroką autonomią dla spraw czysto lokalnych, normują szczegółowo stosunek tych reprezentacyi do centralnego Wydziału Towarzystwa i umożliwiają im wpływ na głosowanie w sprawach ogół lekarzy obchodzących, nad któremi obraduje centralny Wydział. Dalej — nowy paragraf, ułatwiający najmłodszym kolegom wpisanie się do Towarzystwa i korzystanie ze wszystkich praw, bez obciążania ich wkładkami, którzy postanowią, że każdy lekarz świeżo promowany może stać się zwyczajnym członkiem Towarzystwa, zapłaciwszy jedynie wkładkę w wysokości 2 koron, a natomiast przez 2 lata, licząc od uzyskania dyplomu doktorskiego, jest wolnym od wkładek miesięcznych, o ile nie posiada płatnej posady.

Z wydziału Tow. samopomocy lekarzy. *Dr. Langie,* I sekretarz.

* Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, obejmująca powiaty polityczne: jarosławski, cieszanowski i przeworski, weszła w życie, wybierając prezesem dra Władysława Czyżewicza, zastępcą przewodniczącego dra Adolfa Dietziusa, sekretarzem dra Tad. Fechtera. Dnia 19 września 1903 r. odbyło się I-sze posiedzenie naukowe w szpitalu powszechnym. Obecnych członków 21; pięciu usprawiedliwiło swoją nieobecność. Porządek dzienny: 1) Przewodniczący, dr. Czyżewicz, poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu koledze ś. p. Władysławowi Jasińskiemu. 2) Dyskusya nad dwoma przypadkami kazuistycznymi z praktyki sądowo-lekarskiej. 3) Zwiedzenie szpitala powszechnego.

Posiedzenie zakończono żywą wymianą zdań o sprawach ogólnych stanu lekarskiego.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadamia za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa Izby lekarskie, że I-szy międzynarodowy Kongres higieny szkolnej odbędzie się w Norymberdze 4—9 kwietnia 1904 r. Szczegółowy program rozpraw i porządek obrad ogłoszone zostaną w połowie m. grudnia. Zwracając uwagę lekarzy na ten ważny Kongres, dodaje namiestnictwo ze swej strony, że gotowe jest poprzeć utworzenie krajowego Komitetu, w myśl naczelnego zarządu Kongresu.

Od sekretarza Kongresu Dra Schuberta otrzymaliśmy odezwę, z której przytaczamy najważniejsze szczegóły: członkiem Kongresu może zostać każdy obywatel, któremu leży na sercu postęp higieny szkolnej. Chcący wpisać się na członka ma przesłać Komitetowi miejscowemu deklaracyę z wyszczególnieniem imienia, nazwiska, zawodu i godności osobistych. Wpisowe wynosi 25 franków, po złożeniu którego otrzymuje się kartę uczestnictwa, upoważniającą do udziału we wszystkich pracach i zebraniach Kongresu i dającą prawo głosu w rozprawach i głosowaniach. Językiem rozpraw i obrad może być każdy język europejski z wyłącznem uwzględnieniem języków francuskiego, niemieckiego i angielskiego. Prace Kongresu ześrodkują się w sekcyach, których będzie dziesięć: I Higiena budynku i sprzętów szkolnych. II. Higiena internatów. III. Metody badania higieny szkolnej. IV. Szkolne programy naukowe. V. Nauczanie higieny dla nauczycieli i dla uczących się. VI. Ćwiczenia cielesne dzieci i młodzieży. VII. Stan zdrowotny, choroby młodzieży szkolnej, nadzór lekarski nad szkołami. VIII Szkoły dla dzieci tępych umysłowo: kursy równoległe i repetytorya, kursy dla jąkałów, dla ślepych, głuchoniemych i kalek. IX. Higiena młodzieży poza szkołą, kolonie wakacyjne, zebrania w celu propagandy higieny szkolnej. X. Higiena nauczycieli.

Odezwę podpisało 47 higienistów, stanowiących stały międzynarodowy Komitet kongresów higieny szkolnej, do którego z Polaków należy prof. O. Bujwid Komitet ten wyraża w swej odezwie życzenie, ażeby poza obrębem komitetów państwowych powstały komitety narodowe, a Namiestnictwo lwowskie swym okólnikiem przyrzeka takiemu komitetowi krajowemu »wszelkie ułatwienia». Ze względu na nasze stosunki wychowawczo-higieniczne, udział nasz w tym Kongresie jest konieczny: Kongres higieny szkolnej nie da się porównać z żadnym innym kongresem pod względem praktycznej zwłaszcza swej doniosłości: żywo zainteresowane w nim jest całe społeczeństwo, zarząd oświaty krajowej i zarządy powiatowe i gminne, kierownicy szkół specyalnych, szkolne towarzystwa filantropijne, towarzystwa pedagogiczne, zawód lekarski i t. d. Obok wykładów odbędzie się wystawa urządzeń, przedmiotów, wykazów statystycznych i t. d., mających styczność z higieną szkolną; łatwo przewidzieć, ile z takiego kongresu można będzie wynieść nowych myśli, ile się nauczyć, ażeby u siebie, w kraju skutecznie przeciwdziałać szybkiemu wyczerpywaniu sił cielesnych i umysłowych młodzieży, prowadzącemu wprost do zwyrodnienia rasy.

Profesorowi Bujwidowi, jako członkowi stałego międzynarodowego Kongresu higieny szkolnej, przypada obowiązek inicyatywy u nas, ażeby w porozumieniu z kierownikiem katedry higieny we Lwowie, z prezesem Towarz. higienicznego itd., oraz z reprezentantami instytucyi szkolnych i różnych innych towarzystw, powołał do życia Komitet polski, nadając jemu, w miarę możności i uznania, bądź granice etnograficzne, bądź też ściślejsze. Do zadań tego Komitetu należałoby zachęcić jak najwięcej osób do uczestnictwa, członków zaś do licznych odczytów, do wzięcia udziału w Wystawie, a wreszcie do wydania kosztem kraju obszernego sprawozdania z Kongresu i rozesłania tego wydawnictwa wszystkim instytucyom i towarzystwom, mającym związek z higieną szkolną.

* Dr. Leon Feuerstein zawiadamia za naszem pośrednictwem, że objął dział sprawozdawczy z piśmiennictwa polskiego w „Monatshefte f. pract. Dermatologie“ i uprasza kolegów, którzyby sobie życzyli, ażeby ich prace z zakresu chorób skórnych i moczo-płciowych zostały streszczone w tem czasopismie, by zechcieli przysyłać odbitki pod adresem: Lwów, ul. Kręta l. 3, a od m. maja do października: Bad Hall w Górnej Austryi.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: koll. Benoni (Dynów), Stangenhaus (Sanok), z Przemyśla zaś: Chil, Ciechański, Doliński, Fraenkel, Frauenglas, Grabscheid, Keller, Kantz, Kutna, Lityński, Mannheim, Michalik Fr., Oller, Pordes, Salwer, Schoefer, Smolarski, Szpringer, Szyszkowski, Trybulec, Trzciński i Wojtowicz Jul. *Dr. Langie,* sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień (XL) (4—10—X). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 17, urodziło się dzieci 66, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 17, (6 zam.), z zapalenia płuc 6 (3 zam.), z błonicy 2 (zam.), z płonicy 2 (zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 7, z gorączki połogowej 1.

* Między 3 a 10 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (3 gm.), niskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Andrusewicz w Petrozawodzku. Dr. M. Munk, pensyonowany generał, lekarz sztabowy w Krakowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. A. Laudau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. Halpern: O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe (dok.). Robin: O wartości klinicznej nowej metody Sahliego badania czynności żołądka (dok.).

— *Medycyna* Nr. 42. Motz i Montfort: Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza. (dok.). Wertheim: Z kazuistyki oddziału chirurgicznego Dr. W. H. Krajewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Zieliński: O wybuchu wulkanizatora.

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Rzętkowski: Cele i widoki farmakologii nowoczesnej. A. W.: W sprawie podręczników lekarskich. Kramsztyk: Ekonomiczne warunki leczenia. Biliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). Ktoś: Uwagi luźne o języku lekarskim.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském. (c. d.). Bakeš: Nástin operativní činnosti v nemocnici třebičské za první pololetí. (dok.). Skalička: O poměrech břišního tyfu v Praze. (dok.). Vacek: Poznámky k článku dr. D. Panýrka »Chirurgie d'urgence«.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 10. Čačković: Slučaj posvemašnjega smanjenja želudca, gdje nije moguća bila sigurna diagnoza. Spitzer: O aetiologii i prognozi mjehuraste potajnice (mola hydatitosa).

— *La Presse médicale* Nr. 82. Morin: Sanatoryum w Leysin od 1 maja 1902 do 30 kwietnia 1903. Guibal i Roland: Zaotrzewnowa przepuklina wyrostka robaczkowego i zaotrzewnowe przepuklinowe jego zapalenie.

— Nr. 83. Labbé: Rola leukocytów w przyswajaniu i podziale leków w ustroju. Simon. Rola sieci w przebiegu zakażeń ogólnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Dreser: Doświadczenia nad wydzielaniem moczu u zdrowego człowieka po użyciu teocyny. Kyes: Wydzielenie lecytydu z jadu żmii. Oppenheim: Zmiana położenia wątroby i narządów piersiowych przy rozdęciu brzucha i znaczenie tej zmiany dla rozpoznania i leczenia. Seegall: O hermofenylanie rtęciowym. Zypkin: Przyczynek do nauki o niedokrwistości śledzionowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Sihle: Przyczynek doświadczalny do fizyologii piersiowego odcinka nerwu błędnego, oraz uwagi nad ostrą rozedmą płuc. Morgenroth: Grubera zarzut zimna w teoryi amboceptorów. Wechsberg: Przyczynek do histologii hymenalnych zwężeń pochwy. Neudörfer: Operacyjne zmniejszenie nosa.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42. Frank: Zapisywanie tętna zapomocą sfigmografu źwierciadlanego. Baer: Ospa w Strasburgu n. E. w lecie 1903 r. Landsteiner: Stosunek między surowicą krwi, a komórkami ciała. Framme: Skręcenie osi jelita grubego podczas porodu. Neustätter: Aspiryna w praktyce okulistycznej. Winckelmann: Uboczne działanie aspiryny. Krönig: Uśpienie mieszaniną gazu rozweselającego. Vulpius: Nowa szyna opatrunkowa, używana w Heidelbergu. Klienenberger: Zmodyfikowana biureta jako rurka do centryfugowania. Pick: Proste urządzenie dla ulepszenia lampy elektrycznej do badania. Gruber: Toksyna i antytoksyna. Rosenthal: Jeszcze raz o piwie i wódce. Seggel. Porażenie obustronne nerwu odprowadzającego i jednostronne porażenie wzroku.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 43. Sasse: Skombinowana tułowiowo-krzyżowo,-międzykroczowa, względnie pochwowa metoda wycięcia wysoko usadowionego raka jelita grubego i okrężnicy. Wilms: Mechanizm zaciśnienia jelit. Schulz: Zapalenie okątnicze. Einhorn: Dalszy przyczynek do nauki o histologii błony śluzowej żołądka w stanach jego patologicznych. Bruns i Racine: Etyologia t. zw. tężca goścćowego. Gottschalk: Operacya mięśniaka szyi macicznej.

Redakcya otrzymała. Popiel: Poradnik dla mężatek i mamek. Reiss: Ueber Urticaria pigmentosa perstans.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 4 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dobrowolski mówić będzie: „O cytotoksynie łożyskowej“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 2756. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście **Jaśliska** z płacą roczną w kwocie 1200 koron i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 800 koron rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, a mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Dalejowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Balucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola niźna, Wola wyźna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Surowica, Polany surowiczne, Moszczaniec — z ludnością 9.600 głów i obszarem 213 9 klm 2.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w terminie dni 60-ciu zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej

W Sanoku dnia 17 października 1903.

L. 2756. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Mrzygłodzie** z płacą roczną w kwocie 1200 koron, ryczałtem na objazdy rocznie w kwocie 700 koron tudzież ewentualnie dopłata przez gminę Mrzygłód przez pierwsze dwa lata po 250 koron.

Okręg w Mrzygłodzie obejmować będzie następujące miejscowości: Mrzygłód, Liszna, Tyrawa solna, Wola krecowska, Siemuszowa, Holuczków, Tyrawa wołoska, Rakowa, Hłomcza, Łodzina, Dębna, Międzybrodzie, Trepcza, Dąbrówka polska, Dąbrówka ruska, Zabłotce, Czertez, Srogów dolny, Srogów górny z Jurowcami i Popielami, Falejówka, Raczkowa, Sanoczek, Płowce z ludnością: 12.563 głów i obszarem 155.02 klm.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w przeciągu 60 dni zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Mrzygłodzie będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej

W Sanoku, dnia 17-go października 1903.

L. 1561/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu**. Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka, Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn, Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.

2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3. Nieskazitelny charakter.

4. Znajomość języków krajowych.

5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903.